

# ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

en los adultos mayores

Jheysen Luis Baldeón Diego  
Isaías Fausto Medina Espinoza  
Elda Nelly Moya Málaga  
Johnny Walter Carbajal Jiménez

**Jheysen Luis Baldeón Diego**

**Correo:** jbaldeond@undac.edu.pe

**Perfil:** Licenciado en Enfermería.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8780-1924>

**Afiliación:** Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

**Isaías Fausto Medina Espinoza**

**Correo:** imedinae@undac.edu.pe

**Perfil:** Licenciado en Enfermería.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1093-8986>

**Afiliación:** Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

**Elda Nelly Moya Málaga**

**Correo:** emoyam@undac.edu.pe

**Perfil:** Licenciado en Enfermería.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0803-0960>

**Afiliación:** Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

**Johnny Walter Carbajal Jiménez**

**Correo:** jcarbajalj@undac.edu.pe

**Perfil:** Licenciado en Enfermería.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3840-2016>

**Afiliación:** Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLES  
Y LAS ENFERMEDADES  
CRÓNICO-DEGENERATIVAS  
EN LOS ADULTOS MAYORES**

Jheysen Luis Baldeón Diego

Isaías Fausto Medina Espinoza

Elda Nelly Moya Málaga

Johnny Walter Carbajal Jiménez



Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN: 978-607-8960-12-5

© Jheysen Luis Baldeón Diego  
© Isaías Fausto Medina Espinoza  
© Elda Nelly Moya Málaga  
© Johnny Walter Carbajal Jiménez

2024

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10568426>

© Editorial Tercer Sol

[www.editorialtercersol.com](http://www.editorialtercersol.com)

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño de carátula y composición: Editorial Tercer Sol

Edición electrónica: Editorial Tercer Sol

Editado en México/ *Published in Mexico*

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLES  
Y LAS ENFERMEDADES  
CRÓNICO-DEGENERATIVAS  
EN LOS ADULTOS MAYORES**

Jheysen Luis Baldeón Diego

Isaías Fausto Medina Espinoza

Elda Nelly Moya Málaga

Johnny Walter Carbajal Jiménez



# ÍNDICE

---

ÍNDICE DE TABLAS.....	10
INTRODUCCIÓN .....	11

## CAPÍTULO I

ESTILO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR .....	13
1.1. Calidad de vida .....	13
1.1.1. Calidad de vida relacionada a la salud.....	17
1.2. Envejecimiento de la población .....	19
1.3. Consideraciones psicológicas en los adultos mayores .....	22
1.4. Estilo de vida y estereotipos .....	24
1.4.1. Factores biosocioculturales y estilo de vida .....	26
1.4.2. Estilo de vida saludable .....	30
1.4.3. Estilo de vida perjudicial.....	32

## CAPÍTULO II

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE.....	36
2.1. Generalidades y teorías del envejecimiento.....	36
2.1.1. En lo social .....	38
2.1.2. En lo biológico.....	39
2.1.3. En lo psicológico.....	39
2.2. Relación entre envejecimiento y enfermedad .....	40
2.3. Tipos de envejecimiento.....	43
2.3.1. Envejecimiento exitoso.....	43
2.3.2. Envejecimiento saludable .....	44
2.3.3. Envejecimiento activo.....	45
2.4. Síndromes geriátricos .....	46
2.5. Estilos de vida y medidas preventivas .....	51

## CAPÍTULO III

ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR.....	54
3.1. Definición .....	54
3.2. Enfermedades crónico-degenerativas con mayor incidencia .....	55
3.2.1. Diabetes Mellitus.....	55
3.2.2. Obesidad.....	56
3.2.3. Cáncer.....	58

3.2.4. Hipertensión arterial sistémica .....	59
3.2.5. Enfermedad de Alzheimer .....	60
3.2.6. Trastornos músculo-esqueléticos .....	62
3.3. Estilo de vida y la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.....	62
3.3.1. Dimensión biológica .....	63
3.3.2. Dimensión psicológica.....	63
3.3.3. Dimensión social .....	64
3.4. Afrontamiento de enfermedades crónico-degenerativas .....	65

## CAPÍTULO IV

ESTILO DE VIDA SALUDABLE COMO HERRAMIENTA PARA AFRONTAR LAS ENFERMEDADES CRÓNICO- DEGENERATIVAS EN ADULTOS MAYORES.....	66
---	----

4.1. Situación problemática .....	66
4.2. Variables.....	68
4.3. Diseño y tipo de investigación .....	68
4.4. Población y muestra.....	69
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	70
4.5.1. Técnicas de recolección de datos .....	70
4.5.2. Instrumentos de recolección de datos .....	70
4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	71
4.7. Resultados .....	72
4.7.1. Resultados descriptivos.....	72
4.7.2. Resultados inferenciales.....	75

4.7. Discusión de resultados .....	77
4.8. Conclusiones y recomendaciones .....	79
4.8.1. Conclusiones.....	79
4.8.2. Recomendaciones.....	81
<b>REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>84</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla 1</b>	
<i>Clasificación y prevalencia de los síndromes geriátricos.....</i>	<i>49</i>
<b>Tabla 2</b>	
<i>Estilos de vida saludables del afrontamiento de los problemas de salud crónico-degenerativos más frecuentes del adulto mayor, pre y postest.....</i>	<i>72</i>
<b>Tabla 3</b>	
<i>Estilos de vida saludables del afrontamiento de los problemas en salud crónico-degenerativos más frecuentes centrado en los problemas del adulto mayor, pre y postest.....</i>	<i>73</i>
<b>Tabla 4</b>	
<i>Estilos de vida saludables del afrontamiento de los problemas en salud crónico-degenerativos más frecuentes centrado en las emociones del adulto mayor, pre y postest.....</i>	<i>74</i>
<b>Tabla 5</b>	
<i>Prueba de normalidad.....</i>	<i>75</i>
<b>Tabla 6</b>	
<i>Prueba de muestras emparejadas.....</i>	<i>76</i>
<b>Tabla 7</b>	
<i>Estadísticos de prueba entre los estilos de vida saludables y el afrontamiento centrado en problemas.....</i>	<i>76</i>
<b>Tabla 8</b>	
<i>Estadísticos de prueba entre los estilos de vida saludables y el afrontamiento centrado en emociones.....</i>	<i>77</i>

# INTRODUCCIÓN

---

El envejecimiento en el ser humano es un proceso natural caracterizado por una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, que están interrelacionados con las pautas de comportamiento y hábitos que conforman el estilo de vida que se adopta a lo largo de la vida, y que tienen un impacto significativo en la etapa de la vejez y en la calidad de vida del adulto mayor, debido a que repercuten en la salud física, mental y social del mismo.

Los hábitos y acciones que conforman los patrones de vida y bienestar y que determinan la calidad de vida en el adulto mayor, están asociados a la práctica de alguna actividad física, el seguimiento de una dieta saludable, el mantenimiento de relaciones sociales sanas, un buen descanso, el autocuidado, una sana gestión del ocio y el disfrute, entre otros, todo con el propósito de otorgar y mantener la energía, la salud y el bienestar general. Estas pautas de vida son un componente clave del envejecimiento activo y saludable, entendiendo que este proceso puede ser una etapa de la vida con oportunidades para el desarrollo personal y social y que busca promover la autonomía, la participación y la calidad de vida de las personas mayores.

Sin embargo, no se debe obviar que el envejecimiento tiene un componente asociado y muy interrelacionado que es la enfermedad, tanto por causas biológicas como la genética y los cambios propios de la etapa, como por la influencia de componentes psicosocioculturales que influyen en la aparición del mismo. En la etapa de la adultez mayor, las enfermedades crónico-degenerativas se caracterizan por un curso prolongado y progre-

sivo, que causa diversas discapacidades en las personas mayores en todo el mundo, y llegan a ser tan crónicas sus manifestaciones que pueden causar la muerte. Estas enfermedades son las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, las neurodegenerativas, las músculo-esqueléticas, el cáncer, la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad, la hipertensión arterial sistémica, entre otras.

El estilo de vida saludable puede contribuir a prevenir o retrasar el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, mejorar el pronóstico de las personas que las padecen, optimizar el control de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, e incrementar por ende la calidad de vida de las personas. Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, el objetivo general de la presente investigación es determinar la influencia de los estilos de vida saludables para afrontar los problemas de salud, debidos a las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes de los adultos mayores (Baldeón, 2021).

# CAPÍTULO I

## ESTILO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

### 1.1. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida (CdV) está ligado a la filosofía, la ética y la religión. Los filósofos de la antigüedad definían la calidad de vida como la felicidad que podía sentir o alcanzar un ciudadano como el máximo bien supremo, y que esta felicidad estaba sujeta a las condiciones de bienestar que el individuo pudiese percibir y vivir. Por otro lado, este concepto, desde una óptica religiosa se vinculó con la satisfacción que un ser humano podía alcanzar mediante el mejoramiento pleno de su vida física y espiritual, con la cual podía conseguir la salvación eterna de su alma (Putallaz, 2018).

Sin embargo, los avances en la salud, la educación, la economía, las comunicaciones, la ciencia, la tecnología, los medicamentos, el respeto a los derechos humanos elementales, entre otros aspectos, conllevaron al mejoramiento de las condiciones de vida, la participación social y ciudadana

de los individuos, lo que provocó un nivel individual y social de satisfacción y bienestar que fue calificado como calidad de vida (Valverde, 2022).

Según Tonon (2006, como se citó en Putallaz, 2018), Arthur Pigou (1932), fundador de la Economía del Bienestar, utilizó por primera vez el concepto de CdV para referirse al acceso —que debían tener y disfrutar los ciudadanos— a los servicios o costos sociales prestados por los gobiernos, con los cuales podían satisfacer sus necesidades básicas, personales y sociales, teniendo como resultado niveles de vida de calidad y bienestar. En otras palabras, las condiciones materiales y sociales que permiten tener una vida satisfecha y financieramente digna conducen a la satisfacción que tienen los seres humanos de la vida en general, y esto en conjunto se traduce en la CdV.

La CdV como concepto es complejo, multidimensional y cambiante, debido a la existencia de diversas definiciones. No obstante, la CdV se puede definir como el bienestar subjetivo y objetivo que tienen las personas, con respecto a la satisfacción o insatisfacción que experimentan de su vida y existencia en general, donde lo subjetivo va a depender de factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, y lo objetivo de las diversas relaciones que se tengan con el ambiente, el entorno o la comunidad (adversidades y oportunidades) (Villasís, 2022).

Como concepto complejo, la CdV no puede representar socialmente ni a un colectivo general ni a un individuo particular, ya que lo que para algunos es bienestar para otros puede ser hasta necesidad, y esto se debe a la perspectiva misma que tenga un individuo o grupo de ellos del concepto. La complejidad del concepto radica en que la CdV depende de las valoraciones propias del sujeto (Gómez y Cursio, 2021).

Las personas en el transcurso de la vida —en cuanto a factores como la edad, la economía, la salud, el ocio, el descanso, las relaciones sociales y las experiencias de vida— van cambiando sus perspectivas y valoraciones, esto provoca a su vez, que su estimación sobre bienestar y CdV también

se vea afectado de manera positiva o negativa, por tal razón el concepto de CdV se hace complejo y dinámico porque va evolucionando o cambiando a través del tiempo y por las circunstancias; lo que hoy puede estar definido como bienestar mañana puede tornarse peligroso, y esto se observó por ejemplo en el hecho de viajar durante la pandemia del Covid-19 debido al riesgo de contagio (Gómez y Cursio, 2021).

La CdV es un concepto multidimensional, que según Putallaz, (2018) y Valverde (2022), abarca diferentes aspectos de la vida de las personas; se define por la coexistencia de ciertos factores que están intrínsecamente relacionados a la misma y que otorgan cierto grado de satisfacción o insatisfacción, calidad y bienestar, los mismos son las siguientes:

- a. **Salud física y mental:** la salud tanto física como mental define en gran manera la CdV de un individuo, ya que al disfrutar de un bienestar físico y emocional se incrementa la posibilidad de vivir una vida sana, activa, productiva, plena y satisfactoria (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).
- b. **Relaciones sociales:** la CdV está relacionada también con los afectos, el apoyo y la compañía que un ser humano puede percibir y disfrutar, esto a su vez proporciona desarrollo personal, bienestar emocional, estabilidad psicológica y sentimientos de felicidad y gozo (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).
- c. **Situación económica:** una situación económica estable otorga a las personas la capacidad de satisfacer sus necesidades básicas y alcanzar metas personales, como, por ejemplo: la obtención de un lugar digno y seguro para vivir, el acceso a bienes y servicios, la oportunidad de desarrollarse y crecer personal y profesionalmente. Así pues, la CdV puede estar definida por la estabilidad económica que una persona pueda lograr (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).
- d. **Educación:** este elemento es muy importante dentro de la conceptualización de la CdV, una persona con educación puede tener muchas

más posibilidades de encontrar y gozar de un buen empleo y buena remuneración, lo que le proporcionará oportunidades de desarrollarse, contribuir con la sociedad y hacerse un lugar de respeto en la misma (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).

- e. **Ocio y tiempo libre:** otro factor que permite a un ser humano percibirse en bienestar y que vive con calidad, es el tiempo libre y disfrute que pueda experimentar, ya que esto permite equilibrar el estrés de la cotidianidad, deleitarse en sus *hobbies* y aficiones y regocijarse en sus recreaciones, esto también procura bienestar físico, emocional y psicológico (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).
- f. **Seguridad:** una vida que se percibe como buena y satisfactoria está llena de seguridad, no todo el tiempo estamos en paz y en tranquilidad por las circunstancias o problemas que se puedan presentar, pero la sensación de sentirse protegido y libre de riesgos, otorga a los seres humano estabilidad para afrontar las adversidades; la seguridad puede ser económica, emocional, psicológica y espiritual (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).
- g. **El bienestar psicológico y emocional:** en este factor determinante del bienestar de una persona convergen todos los elementos ya recientemente explicados, más la felicidad, la paz, la satisfacción con la vida, la autoestima y el sentido de propósito (Putallaz, 2018; Valverde, 2022).

Se afirma entonces, que nada es más importante para sentirse que se vive con CdV que tener y gozar de un excelente bienestar físico, psicológico y emocional, además de poder disfrutar de ciertas condiciones de vida favorables; por ello para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la CdV constituyen las percepciones que tienen las personas del lugar que ocupan en la vida según las normas y modos culturales, los valores que tienen importancia en su entorno de convivencia, así como las metas, expectativas, estándares e inquietudes sociales (Villasís, 2022).

### *1.1.1. Calidad de vida relacionada a la salud*

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) refiere la percepción subjetiva de una persona o la propia valoración individual acerca de su bienestar físico, mental y social, tomando en cuenta el impacto que puede tener su estado de salud en su vida diaria. Dicha percepción dependerá de los valores y prioridades que cada individuo otorgue a su salud (Villasís, 2022).

Esta variable de la salud y el bienestar puede arrojar la realidad física y psicosocial de una persona, ya que la CVRS evalúa el impacto de las enfermedades, la efectividad de los tratamientos, la atención a los pacientes, las prácticas clínicas, las intervenciones sanitarias, los procesos de seguimiento de enfermedades y recuperación de las mismas, la evolución en los estados de salud de los enfermos y de sus familiares, la planificación de los servicios sanitarios, entre otros (Valverde, 2022).

McDougall y Tsonis (2009, como se citaron en Villasís, 2022), en la década de 1950, mediante la escala de Karnofsky comienzan a evaluar la CVRS en pacientes adultos con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, considerando las capacidades físicas, psicológicas, sociales, mentales, emocionales y ambientales, con las que se cuenta o desarrolla para enfrentar la enfermedad.

La CVRS la califica el propio paciente, ya que es el mismo desde su individualidad el que valora cuáles son sus fortalezas y debilidades ante el afrontamiento de la enfermedad, y como puede verse percibida desde el entorno tal situación; las personas según su fuerza psico-emocional, espiritual y física pueden adaptarse a su realidad y afirmar que gozan de una buena calidad de vida. No obstante, es una conceptualización muy subjetiva como se ha explicado anteriormente (Villasís y Arias 2015, como se citaron en Villasís, 2022).

La CVRS se puede medir a través de cuestionarios o escalas que evalúan diferentes dominios, cada uno de los cuales representa un aspecto im-

portante del bienestar de una persona. Los dominios más comunes de la CVRS, según Villasís (2022) y Hernández (2023) son las siguientes:

- a. **Dominio físico:** ante la enfermedad, cómo un paciente con o sin limitaciones tiene la capacidad de realizar actividades físicas en la cotidianidad, ante el dolor o el malestar. Son los aspectos de la funcionalidad de salud física (Villasís, 2022; Hernández, 2023).
- b. **Dominio psicológico:** considera el bienestar emocional (presencia de depresión o ansiedad), las distintas manifestaciones cognitivas que puedan ayudar al paciente a enfrentar un pronóstico y manejar el estrés (satisfacción ante la vida), el nivel de autoestima que pudiese tener para sentir culpa o no, por el padecimiento de una enfermedad, patología o condición; las distintas percepciones y valoraciones propias de la persona (Villasís, 2022; Hernández, 2023).
- c. **Dominio psicológico:** considera el bienestar emocional (presencia de depresión o ansiedad), las distintas manifestaciones cognitivas que puedan ayudar al paciente a enfrentar un pronóstico y manejar el estrés (satisfacción ante la vida), el nivel de autoestima que pudiese tener para sentir culpa o no, por el padecimiento de una enfermedad, patología o condición; las distintas percepciones y valoraciones propias de la persona (Villasís, 2022; Hernández, 2023).
- d. **Dominio social:** es relevante en este aspecto el mantenimiento y desarrollo de nuevas relaciones sociales, la participación en actividades sociales, la capacidad para trabajar, es decir, el funcionamiento social del paciente (Villasís, 2022; Hernández, 2023).
- e. **Dominio ambiental:** se considera el acceso a los servicios de salud, la seguridad, el acceso a los servicios básicos, al saneamiento, entre otros (Villasís, 2022; Hernández, 2023).

f. **Dominio espiritual:** es el acercamiento a los valores, las creencias y la espiritualidad que pueda tener o experimentar el paciente y cómo los mismos otorgan paz, tranquilidad y sosiego ante el padecimiento de la enfermedad (Villasís, 2022; Hernández, 2023).

La medición del CVRS prioriza con alta sensibilidad la detección de los cambios que experimentan las personas ante la enfermedad, sobre todo cuando son intervenidas o mantienen tratamiento por largo tiempo; existen otros dominios como los derechos y la familia, y los mismos pueden cambiar de acuerdo con las etapas de la vida, de la enfermedad y de la fuerza y valentía que experimentan los pacientes; la salud y el bienestar psicológico están relacionados con el incremento o no de la agudeza de las enfermedades, ya que llegan a ser un escudo protector ante una evolución crónica de la misma (Steptoe et al., 2015, como se citaron en Valverde, 2022).

## 1.2. Envejecimiento de la población

El envejecimiento es un fenómeno propio de la vida; es un proceso temporal en donde muchos elementos y factores vitales del ser humano disminuyen en capacidad y funcionamiento, haciendo que el cuerpo del adulto mayor se torne lento y sosegado. Es un proceso subjetivo e individual, único y a la vez universal, cambiante, desafiante, irreversible y para algunos individuos perturbador (Mataix, 2009, como se citó en Hernández, 2023).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) (2023), el envejecimiento -desde el punto de vista biológico- es la acumulación de variados y significativos daños moleculares y celulares en los órganos del cuerpo humano, cuya consecuencia es la declinación gradual de las capacidades físicas y cognitivas de la persona, que conllevan la limitación del organismo para adaptarse al entorno y al riesgo de padecer patologías leves y crónicas propias de la misma condición. Este deterioro no

es estándar ni se manifiesta de la misma forma en todos los organismos, pero finalmente dicho proceso culmina en la muerte.

La pandemia del Covid-19, al nivel mundial, provocó un descenso poblacional directa o indirectamente estimado en 15 millones de muertes, pero a pesar de tal acontecimiento, el tamaño y el crecimiento poblacional no se vieron afectados considerablemente, pero sí se presentó un descenso en la calidad de vida de la población por los síntomas del COVID persistente, profundizando las desigualdades, creando nuevas cargas económicas y causando un envejecimiento prematuro en la población (UNDESA, 2022, como se citó en Bloom y Zucher, 2023).

El envejecimiento poblacional como proceso normal demográfico es un fenómeno que se caracteriza por el aumento progresivo por sobrevivencia de la proporción de personas mayores de 60 años con respecto a la población total, determinado por la disminución de la fecundidad -menos nacimientos en la población- y disminución de la mortalidad asociada al aumento de la esperanza de vida al nacer (OPS y CEPAL, 2023).

Según Bloom y Zucher (2023), la tendencia demográfica relevante en la región de América es el envejecimiento acelerado de la población, las generaciones de adultos mayores serán las responsables de provocar los cambios en las estructuras de edades e incidirán de manera significativa en las demandas sociales; este fenómeno tiene importantes implicaciones positivas y negativas para el mundo; las mismas se manifiestan en lo económico, en lo social y hasta en lo político. Por tal razón, es trascendental que los gobiernos y las sociedades se preparen para enfrentar tal realidad y garantizar un futuro sostenible para todos.

El envejecimiento poblacional, según las Naciones Unidas, para 2019 superó por primera vez en todo el mundo en número, a los niños menores de cinco años. Para el año 2050, las estimaciones proyectan que el número de adultos mayores de 80 años o más se triplicará, es decir, de 143 millones en 2019 pasarán a 426 millones de personas en 2050. Por otra parte,

según las aproximaciones de la OPS y CEPAL, en 2023 la proporción de personas mayores de 65 años en la población mundial presenta un aumento aproximadamente de 9 %, es decir, 12 870 000 en comparación con el año 2019, aumentando los porcentajes a 16 % en 2050 y al 22 % en 2100.

Las Naciones Unidas refieren, en su Informe sobre el Envejecimiento de la Población (2019), que las implicaciones de este fenómeno llegan a ser muy importantes para la sociedad porque las personas mayores son acreedoras de mayor experiencia y conocimiento que las personas jóvenes, lo que contribuye con la innovación y el desarrollo de la sociedad (ONU, 2019).

Los adultos mayores suelen tener más ahorros que las personas jóvenes, lo que auxilia la estabilidad económica de los países, llegan a tener consumos importantes de bienes y servicios lo que contribuye con el crecimiento económico. Además, suelen ser personas percibidas como elementos que contribuyen con el desarrollo, por sus habilidades de siempre buscar mejorarse a sí mismas y a la sociedad, realidad que se deberían considerar e integrar en las políticas y en los programas en todos los niveles socioeconómicos (ONU, 2019).

Pero esta nueva tendencia poblacional de envejecimiento acelerado, tiene también implicaciones negativas, siendo las principales: a) menor fuerza laboral, ya que los adultos mayores se jubilan provocando una menor productividad; b) Para el gasto público, el envejecimiento poblacional generalmente ocasiona más pensiones y atención sanitaria, y más carga familiar; c) El envejecimiento poblacional da lugar a una disminución en la participación social y política de los adultos mayores, aumenta la demanda de servicios sociales, la atención por la dependencia, en ocasiones problemas emocionales, soledad, depresión y aislamiento; d) El envejecimiento poblacional también tiene implicaciones sanitarias, los adultos mayores tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, lo que provoca un aumento de los costos sanitarios (OPS y CEPAL, 2023).

De ahí que las sociedades envejecidas serán una de las transformaciones sociales y económicas más importantes del siglo XXI, con cambios significativos en todos los ámbitos sociales, con repercusiones muy variadas, desde altas demandas de protección social, transporte, servicios sanitarios, jubilaciones, pensiones, subsidios, pasando por cambios en las estructuras familiares, efectos en los lazos generacionales, y por supuesto secuelas en los mercados económicos, financieros y laborales (Huenchuan, 2018).

### 1.3. Consideraciones psicológicas en los adultos mayores

El envejecimiento es un proceso natural que implica una etapa de la vida en donde se presentan cambios desafiantes, estresantes y quizás perturbadores, que es importante tomar en cuenta porque llegan a afectar el bienestar de las personas que lo padecen, especialmente debido al padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. Estos cambios pueden ser físicos, psicológicos y sociales, como se señaló anteriormente, los cuales originan en los adultos mayores una gama de emociones, pensamientos y consideraciones psicológicas que trascienden la convivencia y armonía de una vejez plena y tranquila (Huenchuan, 2018).

Al nivel psicológico, la vejez es una etapa que se desarrolla en una constante reflexión y contemplación en conjunto, de todos los hechos o actos realizados donde se evalúa la manera cómo se decidió vivir la vida, los beneficios y las consecuencias que dicho modo de vida trajo a la existencia de la persona y cómo la madurez ayuda a disfrutarlo o afrontarlos (Buela-Casal, 2003, como se citó en Rodríguez et al., 2010).

Para Valverde (2022), las consideraciones psicológicas más comunes que experimentan los adultos mayores, independientemente de su circunstancia física, social, económica y familiar, son situaciones que afectan las condiciones mentales y sociales del adulto mayor con respecto a la manera en cómo se relaciona y organiza en su entorno, las mismas incluyen:

- a. **Cambios en la personalidad:** los adultos mayores experimentan en esta etapa, nuevos roles, nuevas responsabilidades, pérdidas y duelos, como jubilarse, dejar de trabajar, cambiar de vivienda o lugar de convivencia, perder a un cónyuge o amigo cercano que pueden llegar afectar su personalidad o sentido de identidad; algunos pueden volverse más introvertidos, mientras que otros pueden desarrollar conductas extrovertidas, lo importante es ayudarlos a sobrellevar estos cambios tan significativos para ellos (Valverde, 2022).
- b. **Cambios en la autoestima:** los cambios físicos y sociales que enfrentan los adultos mayores pueden provocar en ellos una disminución en su autoestima, por sentimientos y pensamientos asociados con la inutilidad, a ser una carga familiar, a experimentar abandono familiar, a la soledad, entre otros (García et al. 2023).
- c. **Cambios en el estado de ánimo y en las emociones:** para Sunkel (2023), los adultos mayores pueden experimentar cambios en su estado de ánimo y ser propensos a experimentar tanto emociones negativas como positivas. Un día pueden experimentar la felicidad, la satisfacción y la gratitud y otros días pueden sentirse tristes, solos, ansiosos, irritables o depresivos. Estos cambios psico-emocionales, sobre todo los negativos si son persistentes y graves, es importante que sean observados y tratados por profesionales especialistas en estos trastornos conductuales.
- d. **Cambios en la cognición:** a medida que avanza la edad, las funciones cognitivas pueden presentar una importante disminución, es decir, los adultos mayores pueden experimentar pérdida de la atención, dificultad en el razonamiento y captación de la información, así como baja capacidad de memoria. Estos cambios pueden ser graduales y desaparecer compensándolos con la práctica y la estimulación cognitiva; o pueden ser graves provocando incapacidad de pensar, aprender y tomar decisiones, ocasionando muchas veces frustración, ansiedad y una demencia progresiva en el adulto mayor (Budinich y Aravena, 2023).

- e. **Cambios en las relaciones:** en la etapa de envejecimiento, las personas suelen perder seres queridos, cambiar de amistades y mudarse de su entorno social; esto perturba las relaciones interpersonales alterando la estabilidad emocional y psicológica de las personas. Por tanto, se hace conveniente ante esta situación que los adultos mayores sean ayudados a mantener relaciones significativas que aún conserven y desarrollar nuevas amistades, con las cuales se sientan satisfechos y logren disfrutar el compartir con apreciadas compañías (García et al., 2023).

Los cambios psicológicos que experimentan los adultos mayores pueden afectar significativamente su calidad y bienestar de vida, por tal razón, trabajar y otorgarle importancia a un buen estado mental puede contribuir a una vida más saludable, satisfactoria y feliz, que le conceda sentido y propósito a la misma. Una sana mentalidad permitirá que las personas mayores puedan desarrollar relaciones satisfactorias y las promueva a participar en actividades significativas que continúen otorgando elementos de tranquilidad, paz mental y emocional, tan necesaria en esta etapa de la vida (Budinich y Aravena, 2023).

#### 1.4. Estilo de vida y estereotipos

Según la Organización Mundial de la Salud (2012, como se citó en Aguilar 2014), el estilo de vida en un individuo o en una sociedad es la suma de comportamientos, conductas, creencias y valores estables e identificables que determinan la forma o manera de vivir de dichas personas. Los estilos de vida se van creando por la interacción social, por los elementos que conforman la vida socioeconómica como las estructuras grupales (edad, sexo y género) y patrones de consumo, por la educación, la religión, la política, la cultura, el ocio, los elementos medioambientales, la ubicación geográfica, entre otros; dichos patrones de vida determinan las formas y maneras sociales, miden el bienestar de los individuos de tal sociedad y actúan como factores de riesgo y protección para la sociedad en general.

Los estilos de vida expresan la individualidad y personalidad del uno en la sociedad y de la sociedad en el uno, las actividades que se realizan al interior de una sociedad son las manifestaciones personales que cada individuo expresa de su modo de vida, otorgándole a las mismas determinado sentido propio, y resultando en conjunto de todas estas actividades un estilo de vida grupal, así como individual (Carranza y Rodríguez, 2014).

Los estilos de vida en el adulto mayor son los hábitos, pautas de comportamiento y conductas que determinan la salud y el bienestar de este grupo poblacional. Estos estilos de vida incluyen factores como la alimentación, la actividad física, el descanso, el sueño, el consumo de tabaco y alcohol, las relaciones sociales, el apoyo familiar y el acceso a los servicios de salud. La práctica positiva de estos factores determinará la calidad de vida de las personas mayores, contribuirá a prevenir enfermedades y retrasará el deterioro funcional. Sin embargo, la práctica negativa aumentará el riesgo de padecer enfermedades crónicas, patologías peligrosas, discapacidad y muerte prematura. Los estilos de vida más asociados a las personas adultas son el estilo urbano versus el rural, y por supuesto, el estilo de vida saludable y el no saludable (Vega y Cabanillas, 2013).

Por otro lado, en la etapa de envejecimiento son muchos los estereotipos asociados a la misma, entendiéndose por estereotipos aquellas creencias despectivas y generalizadas sobre las personas o grupos de ellas. Estas creencias suelen ser simplificaciones excesivas, que no siempre son precisas, ya que los estereotipos son esencialmente información inexacta que infieren cualidades idénticas para todos los que integran un determinado grupo, basándose en la raza, el género, la religión, la nacionalidad, la orientación sexual, la clase social o cualquier otra característica de dicho grupo y determinando también separaciones en cuanto a roles, clases, posiciones y estatus. Los estereotipos uniformizan a los individuos y les distorsionan su personalidad (OMS, 2015, como se citó en Pabón et al., 2019).

Por otro lado, Menéndez et al. (2016, como se citó en Pabón et al., 2019) afirman que los estereotipos se forman de imágenes e ideas negativas, pe-

yorativas, sesgadas, nada contrastadas y a partir de juicios a priori sobre personas pertenecientes a un determinado grupo que presentan características similares y homogéneas. Estos estereotipos pueden ser positivos o negativos.

A partir de estas ideas, las personas que pertenecen al grupo de adultos mayores han sido unas de las más impactadas en recibir calificación de imágenes generalizadas y despectivas en cuanto a ciertas alteraciones morfológicas, fisiológicas, cognitivas y emocionales que aparecen en las personas de esta edad, a pesar de que el envejecimiento se presenta en los individuos de diferentes maneras y distinta intensidad, por ende, no se debe estimar como uniforme y homogéneo (Sandino, 2016).

Lamentablemente, para los adultos mayores son más los estereotipos negativos que los positivos. Algunos de los estereotipos más comunes sobre los adultos mayores los califican como débiles, dependientes, pasivos, aburridos, deprimidos, enfermos, solitarios, sin vida, poco activos, conservadores, tradicionales, sedentarios, un gasto social elevado, cargas familiares, incapaces de aprender lo nuevo, entre otros (Velasco et al., 2020).

Estos estereotipos llevan a la discriminación y la exclusión de los adultos mayores, ya que se sienten menos valorados, poco respetados, con dificultad para participar en la sociedad y mantener nuevas y existentes interrelaciones. Lo importante es que los adultos mayores son personas con una gran diversidad de experiencias, conocimientos y habilidades para ofrecer a la sociedad, y a partir de esta realidad, es muy significativo que puedan ser conscientes de quienes son, para desafiar dichos estereotipos y que puedan vivir una vida plena, satisfactoria, merecedora de respeto y honra (Velasco et al., 2020).

#### *1.4.1. Factores biosocioculturales y estilo de vida*

El envejecimiento de las personas es una etapa de la vida que se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y biológicos, que ocasionan en la vida

de las personas adultas variadas modificaciones, tanto en su organismo como en su manera de vivir. Estos cambios también se ven afectados y quizás derivados de un conjunto de factores relacionados con la biología, la cultura y la sociedad que acompañaron a las personas en su desarrollo y evolución como individuo y que tienen un impacto significativo en la etapa de la vejez, en la salud, en el bienestar y en el patrón o estilo de vida que debe experimentar (Sare y Cabanillas, 2013).

Para Dorina y Feldberg (2006, como se citó en Aguilar, 2014), la salud y el bienestar en la etapa adulto mayor está asociada y muy influenciada por el estilo de vida de las personas. Así pues, un estilo de vida que se ha desarrollado de manera equivocada ocasiona la presencia de enfermedades y riesgos de que las mismas puedan desarrollarse a patologías crónicas; por el contrario, un estilo de vida saludable permite a un adulto mayor tener una vejez más tranquila, saludable y satisfactoria.

Las construcciones de estos estilos de vida expresan colectivamente los factores biosocioculturales con los que evolucionan las personas mayores en tiempo, espacio, circunstancias y vivencias, que se interrelacionan e interceden en todos los ámbitos de la vida de los individuos. Lo importante es que en su mayoría los factores biosocioculturales que son aprendidos, existentes y dominantes en cada sociedad, son modificables y transformables; se pueden someter a reeducación a lo largo de la vida si han sido negativos, y mejorarse si han sido positivos, solo hay que ser consciente de la influencia de los mismos y de sus contribuciones a la vida y el bienestar (Arellano, 2000, como se citó en Aguilar, 2014).

Como se ha mencionado anteriormente, los factores biosocioculturales son diversos, existentes y dominantes en cada momento y en cada comunidad; sin embargo, de manera general Carranzas y Rodríguez 2014; Sare y Cabanillas 2013; y Silva, 2023, refieren que entre los más importantes se encuentran:

a. **Factores biológicos:** relacionados con la salud física y mental del adulto mayor:

- **La edad:** un factor fundamental en el paso del tiempo, ya que a medida que las personas se acercan a la etapa de ser adultos mayores, los cambios físicos y psicológicos llegan a afectar el estilo de vida por presentar: menos energía, dificultad para realizar actividades físicas, riesgo de sufrir enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, osteoporosis, entre otras) (Sare y Cabanillas, 2013).
- **El sexo:** tiene mucha influencia en el estilo de vida. De manera general, las mujeres suelen vivir y tener una mayor esperanza de vida saludable que los hombres, y tienden a ser socialmente más activas, lo que se traduce en años de bienestar (Silva, 2023).
- **La salud física y mental:** la vejez suele presentar en las personas problemas de salud físicos o mentales, lo que dificulta la libertad de realizar sus actividades cotidianas, limitando su independencia y su participación social (Silva, 2023).
- **La genética:** el estilo de vida de una persona puede verse determinado por sus genes, por la predisposición genética a desarrollar ciertas enfermedades como por ejemplo la diabetes o el cáncer. Este tipo de enfermedades alteran el bienestar y la vida, ya que pueden requerir tratamientos prolongados e inalterables, limitando el tiempo y la energía que el adulto mayor tenga disponible para otras actividades, e igualmente les obliga a seguir una dieta y un estilo de vida saludable (Carranzas y Rodríguez, 2014).

b. **Factores socioculturales:** relacionados con el entorno social y cultural en el que vive el adulto mayor, entre los más importantes, se pueden mencionar:

- **Cultura y dogmas religiosos:** la cultura puede llegar a determinar un estilo de vida al igual que las creencias religiosas, tal es el caso de la cultura Kosher, una alimentación y patrón de vida basado en las leyes judías derivadas del Talmud y la Torá. Por otro lado, existen culturas en donde los adultos mayores tienen un papel importante en la familia y la comunidad, motivándolos a mantenerse activos y participativos; en el caso de las religiones algunas tienen fuertes creencias propensas a seguir un estilo de vida saludable, y otorgan gran importancia al cuidado del cuerpo y la mente (Silva, 2023).
- **La educación:** las personas educadas y preparadas suelen tener más información sobre la salud y el bienestar, esto puede motivarlas a adoptar un estilo de vida saludable (Carranzas y Rodríguez, 2014).
- **El nivel socioeconómico:** las personas con bajos recursos económicos y pertenecientes a bajos niveles sociales suelen tener menos capacidad de adoptar un estilo de vida saludable, ya que generalmente por falta de recursos económicos no pueden mantener una dieta sana y balanceada, ni acceder a servicios especializados de atención médica, y poder disfrutar de tiempo de ocio y placer que contribuyen con el bienestar y mejoramiento de la salud física y mental (Carranzas y Rodríguez, 2014).
- **El entorno social:** un adulto mayor que disfrute de la compañía, del amor y del apoyo positivo de amigos y familiares queridos, suele tener más probabilidades de adoptar y mantener un buen estilo de vida (Silva, 2023).
- **El estado civil:** los adultos mayores casados que han establecido matrimonios con respeto, honra y amor, desarrollan un compañerismo y una complicidad que los lleva a protegerse y cuidarse física y emocionalmente, esto acarrea un estilo de vida más sano y activo, en comparación con los adultos mayores solteros (Carranzas y Rodríguez, 2014).

- **La ocupación:** el hecho de que una persona en etapa de envejecimiento siga trabajando u ocupado sin estrés y por querencia propia, le influencia a seguir activo, productivo y participativo, tanto social como económicamente. Esto se traduce en bienestar físico, emocional y una vida llena de salud (Sare y Cabanillas, 2013).

Los factores biosocioculturales están interrelacionados y pueden influir de forma compleja en el estilo de vida del adulto mayor, otorgándole o no bienestar físico y mental, convivencia en un entorno social positivo o negativo, pueden influir en el acceso a los servicios y recursos que permitirán o no mejorar sus patrones de vida y contribuir al mejoramiento de la salud. Estos factores que se desarrollan y evolucionan con la persona determinan por completo su estructura de vida, así como su funcionalidad, por tal razón, la comprensión de dichos factores es fundamental para poder diseñar programas y servicios que sean efectivos y que contribuyan a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional (Sare y Cabanillas, 2013; Carranzas y Rodríguez, 2014).

#### *1.4.2. Estilo de vida saludable*

Un estilo de vida saludable o perjudicial está caracterizado por todo lo que implica las normas, valores, costumbres, tradiciones, hábitos, comportamientos y conductas de los individuos y grupos de ellos en un determinado lugar, momento y población, teniendo en cuenta que dentro de dicho grupo de personas pueden presentarse individualidades (Aguilar, 2014).

Para Ventura y Zevallos (2019), un estilo de vida saludable denota conductas, comportamientos y acciones saludables, determinadas por factores socioculturales y características personales del individuo, las cuales van a repercutir en un bienestar físico y fisiológico en un tiempo de corto y largo plazo.

Son variados los elementos que definen y caracterizan los estilos de vida saludables, desde alimentación hasta prácticas espirituales, sin embargo, las más emblemáticas podrían ser:

- a. **Una alimentación saludable:** este quizás sea uno de los pilares fundamentales de la salud y el bienestar. Consiste en consumir los alimentos de todos los grupos alimenticios, en cantidades adecuadas y de forma regular, los cuales proporcionarán los nutrientes necesarios para mantener una buena salud. El consumo diario debe ser de alimentos frescos, naturales y variados (frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y frutos secos), y en porciones limitadas aquellos alimentos procesados, ultraprocesados, con azúcares añadidos, grasas saturadas, grasas trans y sal excesiva (Ventura y Zevallos, 2019).
- b. **Actividad física regular:** el hábito de realizar actividades físicas es necesario para mantener un buen estado de salud físico y mental; ayudan a controlar el peso, mejorar el estado de ánimo y el sueño, reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y aumentan la energía. La recomendación es realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la semana (Ventura y Zevallos, 2019).
- c. **El descanso adecuado:** para Aguilar (2014), el descanso es necesario y esencial para el funcionamiento normal y la recuperación del organismo. Se recomienda dormir entre 7 y 8 horas diarias.
- d. **El manejo del estrés:** cuando el organismo se encuentra en situación de tensión o amenaza, la respuesta natural es la sensación de estrés. Es importante aprender a controlar el estrés cuando se vuelve crónico, por el impacto negativo en la salud física y mental; existen técnicas de relajación, como la meditación, el yoga, la relajación, el ejercicio, y la terapia que enseñan a manejar este signo tan perjudicial para la salud (Guallo et al., 2022).

- e. **El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas:** estas sustancias nocivas para la salud, pueden aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer y otras enfermedades crónicas. El consumo moderado de alcohol es aquel que no supera los 20 gramos diarios en hombres y 15 gramos diarios en mujeres, sin embargo, es importante evitar el consumo de bebidas alcohólicas (Aguilar, 2014).
- f. **Otras acciones:** también se pueden asociar a un sano estilo de vida, como mantener y cultivar relaciones interpersonales positivas; educarse y culturizarse no solo aporta nuevas perspectivas de la vida sino que otorga un sentido de bienestar y mejora la calidad de vida; procurar recrearse ayuda a relajarse, divertirse y reducir el estrés; participar en actividades altruistas, alimenta el espíritu y permite ser útil a la sociedad, además conecta con la necesidad y la desventuras de otros (Guallo et al., 2022).

Los estilos de vida saludables son una inversión a corto y largo plazo en la salud y el bienestar de las personas. Estos hábitos y comportamientos son un derecho de todas las personas, por tal razón se hace importante promover y garantizar que todos tengan la oportunidad de disfrutar de una vida sana y plena (Ventura y Zevallos, 2019).

### *1.4.3. Estilo de vida perjudicial*

Los estilos de vida no saludables son aquellos hábitos y conductas que aumentan el riesgo en la salud y provocan el desarrollo de enfermedades crónicas, entre ellas, las patologías cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y la obesidad (Valverde, 2022).

Este tipo de hábitos pueden comenzar a practicarse en la vida de una persona desde edades muy tempranas; son formas y maneras de pensar y actuar que a pesar de tener el conocimiento de su nocividad, el ser humano practica muchas veces hábitos negativos sin tener conciencia muchas ve-

ces del daño que hacen; son una infinidad de conductas y comportamientos dañinos que se presentan en diversos aspectos, tales como lo físico, espiritual, emocional, económico, financiero, psicológico, comunicacional, entre otros.

La vida en un estilo no saludable, lamentablemente, es la más practicada por los seres humanos al nivel mundial; hoy día se incluyen adicciones a la pornografía, a las compras compulsivas, a los medicamentos, a las malas prácticas sexuales, al mal manejo de las redes sociales, a los malos tratos, entre otras.

Cuando se caracteriza el estilo de vida no saludable, los elementos a considerar según Aguilar (2014) y Guallo et al. (2022), son principalmente los siguientes:

- a. **Dieta deficiente:** es un régimen alimenticio que no proporciona la energía y nutrientes que el cuerpo necesita para funcionar correctamente; suelen ser dietas ricas en alimentos procesados, azúcares añadidos, grasas saturadas y trans, uso excesivo de sal, poco consumo de agua al día, bebidas gaseosas, comida rica en carbohidratos, entre otros. Esta dieta está asociada al desarrollo de enfermedades crónicas, cardíacas, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, obesidad, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer (Aguilar, 2014; Guallo et al., 2022).
- b. **Consumo de tabaco:** el tabaquismo es una de las principales causas de muerte prevenible y prematura en el mundo, debido a que el humo del tabaco contiene más de 7.000 sustancias químicas, muchas de las cuales son cancerígenas. El consumo de tabaco es una adicción que provoca el padecimiento de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón, laringe, boca, garganta, esófago, estómago, riñón, páncreas, vejiga y cuello uterino y no solo es dañino para el que lo consume sino para el que convive con él o fumador pasivo (Aguilar, 2014; Guallo et al., 2022).

- a. **Inactividad física:** es otro factor de riesgo importante para que las personas desarrollen cualquier tipo de enfermedades crónicas. Cuando una persona es sedentaria y limita por completo el ejercicio físico, desmejora su estado de ánimo, puede adolecer de una buena salud mental, enferma de los huesos y los músculos, puede desarrollar cáncer de colon y osteoporosis y no disfruta de un estilo saludable de vida (Aguilar, 2014; Guallo et al., 2022).
- b. **El consumo excesivo de alcohol:** el alcoholismo puede convertirse en una adicción que no solo daña el organismo con padecimientos, tales como enfermedades hepáticas, enfermedades cardíacas, cáncer de hígado, cáncer de boca, garganta, esófago y estómago, sino también provocan el apareamiento de enfermedades mentales, trastornos del comportamiento, problemas sociales incluyendo la violencia doméstica, el desmembramiento familiar, la condición de calle, ruina económica, soledad y desprecio social (Aguilar, 2014; Guallo et al., 2022).
- c. **El estrés:** el estrés crónico puede afectar negativamente a la salud en un nivel físico, emocional, psicológico y social, provocar alteraciones en el sistema inmunitario, favorecer la aparición de trastornos psicológicos, ocasionar además inestabilidad en las funciones cognitivas del ser humano (falta de concentración, atención, memoria, razonamiento, percepción), alterar las relaciones entre la persona que lo padece y su entorno y además puede llegar a ser una condición adictiva muy peligrosa; una persona bajo un estrés de este tipo llega a perder hasta el sentido común y el raciocinio (Aguilar, 2014; Guallo et al., 2022).
- d. **Otros factores:** que llegan a ser nocivos y poco saludables son la falta de sueño, el poco descanso y el uso irracional de las tecnologías, por cuanto pueden causar trastornos del sueño, afectar negativamente la salud mental, causar fatiga crónica e irritabilidad.

Una vida llena de hábitos tóxicos y contaminantes es dañina para todas las personas que la padecen directa o indirectamente, una vida nada sa-

ludable le hace daño al individuo, a la familia, a la sociedad y al mundo en general. En todo tipo de sociedad y comunidad no solo provocan enfermedades, sino discapacidades, problemas familiares y sociales, adversidades económicas y financieras, desestabilidad psicoemocional y muerte prematura (Vega y Cabanillas, 2013).

# CAPÍTULO II

## ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

### 2.1. Generalidades y teorías del envejecimiento

Son muchos los textos especializados que refieren que el envejecimiento no es una etapa sino una transformación; sugieren que la vejez va pasando desde el mismo momento en que se nace, e incluso está con el ser humano desde la concepción; sin embargo, también son muchas las investigaciones que designan al envejecimiento como una transformación que sufre el organismo en el tiempo y no por el tiempo, de allí se asume que el ser humano no envejece sino que presenta cambios físicos, biológicos y cognitivos en una etapa, que los coloca en una condición vulnerable y susceptible de padecer patologías crónicas e infecciosas y que la misma inicia aproximadamente a los 45 años (UNAM, 1999, como se citó en Mendoza-Núñez, s.f.).

La ONU y la OMS, implantando un criterio internacional, establecieron conjuntamente que la etapa de envejecimiento o como se conoce hoy adultez mayor inicia a partir de los 60 años, esta estandarización de una edad

fija ha presentado numerosos cuestionamientos, ya que el envejecimiento a pesar de ser un proceso biológico irreversible, heterogéneo, universal e intrínseco de los seres vivos, es un proceso individual y muy particular de cada individuo, aun la longevidad es diferente entre los sexos masculino y femenino, ya que la capacidad de sobrevivencia es más fuerte en las mujeres. Es importante aclarar, que la estandarización de la edad de la vejez es solo con fines identificativos, comparativos, estadísticos, poblacionales y cuantitativos; son los signos biológicos, fisiológicos y morfológicos los que determinan esta etapa en los seres humanos independientemente de una edad específica (Zetina, 1999).

Con mucha frecuencia, y con base en estereotipos negativos en torno al envejecimiento, las personas que entran en esta etapa son referidas y etiquetadas como miembros sociales y familiares disfuncionales, inactivos, improductivos, en deterioro y sin posibilidades de crecimiento y desarrollo. En todos los entornos, a los adultos mayores se les percibe como individuos decadentes y debilitados y la designación de “viejo” ha provocado la destrucción de la autoestima, conllevando decadencia de las capacidades personales y arruinando las percepciones psicológicas positivas de las personas adultas mayores (Zetina, 1999).

Es interesante que desde el punto de vista biológico se caracterice el envejecimiento como primario y secundario, entendiendo el primero como un proceso donde las funciones eficientes del organismo disminuyen su fuerza, se declina su potencia por el deterioro orgánico y celular en el tiempo producto de la herencia genética y la biología misma de la persona; el envejecimiento secundario se refiere a los cambios que produce el padecimiento de enfermedades, adversidades, estrés, traumas en el organismo, que no se presentan de la misma forma y a un ritmo establecido, sino que depende de factores socioculturales y de los estilos de vida que haya mantenido el individuo (Zetina, 1999; Carabalí, 2020).

La vejez puede entenderse como la etapa del ser humano que depende de las acciones realizadas en la vida y los eventos que ocurrieron en la

misma, por tal razón su condición es heterogénea e híbrida en cada persona, observándose variabilidad en los individuos, ya que puede reflejar en algunos adultos mayores síntomas fuertes de deterioro y en otros un desempeño funcional muy favorable (Zetina, 1999; Carabalí, 2020).

En la heterogeneidad del envejecimiento, surgen las diversas teorías que intentan explicar los mecanismos que subyacen al envejecimiento. La literatura en cuanto a este tema ha producido más de 300 teorías para tratar de dar las razones del porqué y el cómo las personas envejecen, pero todas presentan vacíos y no logran dar respuesta a la existencia de este proceso. Hay teorías producidas desde las áreas de la biología, la sociología y la psicología, aunadas a otras disciplinas o ramas dentro de las mismas. Entre las más destacadas, según Zetina (1999) y Carabalí (2020), se pueden referir:

### 2.1.1. En lo social

- a. **Teoría del *disengagement* (del rompimiento o desligamiento):** los principios fundamentales de esta teoría es que las personas, al llegar a la etapa de envejecimiento, presentan una aceptación inevitable de reducir sus interacciones interpersonales, deciden por satisfacción propia abandonar la participación social por compensar las mismas con otras actividades y la misma sociedad ayuda a la persona a abandonar sus roles y obligaciones. Esta teoría es presentada por Cumming y Henry (1961) (Zetina, 1999).
- b. **Teoría de la actividad:** fundamentada por Tartler (1961), sostiene que el mantenimiento de la actividad en las personas en la etapa de vejez otorga a las mismas un conjunto de satisfacciones que son significativas para la autoestima, la salud mental, la estabilidad económica, la salud física y emocional, así como el desarrollo personal. Pero la responsabilidad de acortar o impedir esta actividad es la sociedad, mediante la obligada y designada jubilación (Zetina, 1999).

- c. **Teoría de la continuidad:** presentada por Atchley (1971), sostiene que el tipo de vejez es producto y está condicionada al estilo de vida que las personas mantuvieron durante sus vidas; en esta etapa los hábitos, costumbres y patrones de vidas se acentúan (Zetina, 1999).

### *2.1.2. En lo biológico*

- a. **Mutación genética:** es una teoría molecular y se presenta por el deterioro en la capacidad de reparación en las personas del ADN, originando mutaciones que con el tiempo afectan la genética y alteran la producción de proteínas; el envejecimiento se presenta por la acumulación en el organismo de dichas mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas (Gómez et al., 2014, como se citaron en Carabalí, 2020).
- b. **Teoría de los radicales libres:** se encuentra dentro de las teorías celulares. Su precursor es Denham Harman (1956), quien sostuvo que el envejecimiento es causado por el estrés oxidativo, es decir, se presenta en el organismo un desequilibrio entre la producción de radicales libres y la capacidad de defensa del organismo contra estos, ya que los radicales libres son moléculas altamente reactivas que pueden dañar las células y tejidos. Este desequilibrio está asociado a enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, Alzheimer y las enfermedades autoinmunes (Pardo, 2003, como se citó en Carabalí, 2020).
- c. **Teoría del programa genético:** este postulado se encuentra dentro de las teorías sistémicas; sostiene que el envejecimiento está programado genéticamente, debido a que el organismo tiene un reloj biológico que determina cuándo comienza el envejecimiento y cuándo se produce la muerte (González, 2003, como se citó en Carabalí, 2020).

### *2.1.3. En lo psicológico*

- a. **Teoría de la integración vs. desesperación:** se conoce también como Teoría de Erikson, que postula que el ser humano pasa por ocho etapas

vitales de cambios en la vida, y es en la última que se crea la necesidad de aceptar el modo o estilo de vida que ha tenido y como resultado el que le corresponde vivir, pero si no se produce esta aceptación la persona entra en un estado de desesperación (Zetina, 1999).

- b. **Teoría de Peck:** para este autor, los seres humanos pasan por tres estados vitales en la vida o crisis, y para envejecer de manera saludable debe resolver los conflictos que se le hayan presentado en dichas etapas, esto resultará en mantener su personalidad o identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia (Zetina, 1999).

## 2.2. Relación entre envejecimiento y enfermedad

Según Mishara y Riedel (2000, como se citaron en Carabalí, 2020), con el avance de la edad los cambios graduales del organismo -desde las moléculas hasta los sistemas- se van afectando y tanto la organización como la funcionalidad del mismo disminuyen su capacidad de adaptación al medio ambiente. En el proceso de llegar a la etapa de la vejez, por ejemplo, el sistema inmune del organismo disminuye la capacidad de sintetizar anticuerpos, tanto en cantidades como en tipologías en momentos determinados y esto produce un sistema inmunitario débil, sin defensa, incapaz de dar respuesta a los patógenos y en ocasiones hasta se ataca a sí mismo, asumiendo una situación invasora. Esto provoca que el organismo entrado en la etapa de la vejez aumenta las probabilidades y condiciones de padecer enfermedades crónicas muy demandantes, y haya más susceptibilidad a las infecciones.

Zetina (1999) refiere que las enfermedades en el organismo, en la etapa del envejecimiento, provienen de varios factores, uno de estos son los cambios celulares y moleculares; las células con el paso del tiempo se van deteriorando y se acumulan daños genéticos, como se mencionó anteriormente, lo que provoca la reducción de la producción celular, la imposibilidad de reparación y la pérdida de la capacidad de autorrenovación, esto en el organismo se traduce en un debilitamiento de los sistemas de defensas

y la aparición de enfermedades, como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neurodegenerativas; se cuenta también el deterioro de los órganos y tejidos, lo que conduce a más problemas de salud.

Por otro lado, en el adulto mayor, las hormonas comienzan a tener complicaciones en su funcionamiento, debido a los cambios, el desgaste, los excesos que el organismo haya podido tener durante la vida; en el caso de la hormona paratiroidea alterada en la vejez, perjudica los niveles de fosfato y calcio lo cual afecta la estructura y fortaleza ósea contribuyendo con la aparición de la osteoporosis, así como el páncreas tiende a tener problemas dando lugar a la poca producción de insulina o su sobreproducción, generando la enfermedad del hiperinsulinismo o la diabetes, ambas patologías llegan a ser muy frecuentes en la vejez (González y Ham-Chande, 2007).

Un factor que determina la relación existente entre el envejecimiento y la aparición de la enfermedad, son las acciones y los hábitos que las personas realizan dentro de su estilo de vida: una dieta poco saludable, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, rutinas llenas de estrés, poco tiempo dedicado al descanso, consumo de drogas, las preocupaciones, la ansiedad, y la adicción al trabajo, son causantes del estrés oxidativo y la aparición de radicales libres que aumentan el riesgo de desarrollar tumoraciones cancerígenas, hipertensión arterial, mal funcionamiento de los riñones, trastornos del sueño, problemas músculo-esqueléticos, enfermedades cardíacas, obesidad y accidentes cerebrovasculares (Cornejo et al., 2023).

Por lo contrario, los adultos mayores con vida saludable tienen menos probabilidades de desarrollar enfermedades que se le adjudican al envejecimiento, y si las llegasen a padecer son pocas las que desencadenan un estado crónico y perjudicial. Sin embargo, entre las enfermedades asociadas con el envejecimiento —las neurodegenerativas, que afectan el sistema nervioso y llegan a causar discapacidad— se cuenta el Alzheimer, el padecimiento de Parkinson y la pérdida de las capacidades cognitivas como la memoria, el razonamiento, la concentración, entre otras (Aguilar, 2014).

El ambiente y sus problemas de contaminación también son factores importantes a considerar en la aparición de ciertas patologías en la etapa del envejecimiento; los adultos mayores que se exponen a radiación solar a temperaturas extremas, tabaquismo, polución, pesticidas, desechos industriales, aguas servidas, están desarrollando padecimientos con estos y muchos más problemas ambientales. Entre estas aflicciones se pueden contar variados tipos de cáncer como el de piel, ganglios, tiroides, mamas, útero y enfermedades autoinmunes como el vitíligo; también se asocia con factores ambientales las enfermedades respiratorias y alérgicas comunes en la vejez, como la obstrucción pulmonar crónica, la neumonía, la bronquitis, la sinusitis, entre otras (Carabalí, 2020).

En la etapa del envejecimiento se aumenta el estrés oxidativo y se inflaman los telómeros, esto provoca aumento de peso, desarrollo de tejido adiposo, acumulación de grasa visceral sobre todo en el hígado; con esto aumenta el índice de masa corporal, se producen desequilibrios metabólicos y hormonales, dando como resultado adultos mayores padeciendo de obesidad moderada, grave y hasta crónica, una condición y anomalía altamente relacionada con las enfermedades de la vejez, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, niveles altos de colesterol y triglicéridos, enfermedades respiratorias, trastornos músculo-esqueléticos. Estas patologías producen muchos efectos adversos en la salud del adulto mayor, disminuyendo su esperanza de vida y supervivencia, provocando el padecimiento de ciertos tipos de cáncer como el del hígado, páncreas, vesícula, mamas, ovarios y colorrectal (Tzanetakou, 2012 y Cerhan et al., 2013, como se citaron en Carabalí, 2020).

Es importante tener en cuenta que la relación entre el envejecimiento y la enfermedad es compleja y multifactorial, no todas las personas mayores desarrollan enfermedades, también algunas personas jóvenes pueden desarrollar enfermedades asociadas al envejecimiento. Sin embargo, es cierto que el envejecimiento aumenta el riesgo de enfermedad, pero la realidad de la población adulto mayor es variada: unos gozan de grandes espacios (años) de libertad sin padecer enfermedades, otros padecen mor-

bilidad crónica y existen otros que antes de morir sufren años de enfermedad crónica e incapacidad, y esto es debido tanto a la genética como a factores psicosocioculturales (Zetina, 1999).

### 2.3. Tipos de envejecimiento

Los mayores son personas de derecho que constitucionalmente deben recibir una atención especial; si es su voluntad, son activos socialmente, gozan de particulares garantías, y poseen responsabilidades de sí mismo, con respecto a su entorno inmediato que son familiares y amigos, con la sociedad y con las generaciones futuras. Sus procesos de envejecimiento son de múltiples maneras y como se ha referido va a depender de: experiencias, genética, eventos cruciales, transiciones sanas y adversas, factores psicológicos, sociales y culturales que haya sido parte de su vivencia, generalmente los procesos de envejecimiento son de desarrollo o deterioro. Es importante resaltar que el 80 % de los adultos mayores son funcionales, independientes y se mantienen significando ser un capital social para ellos y para otros adultos mayores cercanos a ellos (González y Ham-Chande, 2007).

Varias son las tipologías de envejecimiento, para efectos de esta investigación se tomarán en cuenta las siguientes:

#### 2.3.1. *Envejecimiento exitoso*

Este tipo de envejecimiento se basa en ciertas condiciones que, con responsabilidad, planificación, buenas decisiones, oportunas elecciones y capacidades personales e individuales permiten una vejez óptima y satisfactoria. Esta tipología de envejecimiento fue basada en la teoría del envejecimiento exitoso de Rowe y Khan (1998), los cuales postulaban que en este tipo de envejecimiento eran pocas las probabilidades de desarrollar enfermedades y sus asociadas discapacidades; el funcionamiento fisiológico se estima en un alto nivel, al igual que las funciones cognitivas; la relación con el entorno, es decir, las conexiones interpersonales son dis-

puestas así como su participación social (Aguerre, 2008, como se citó en Carabalí, 2020).

Para González y Ham-Chande (2007), es el envejecimiento más deseado, porque las personas disfrutan y gozan de una buena salud física y mental, continúan participando activamente en la sociedad, mantienen y cultivan un buen estado de ánimo y una sana autoestima, se adaptan a los cambios y son capaces de afrontar los desafíos de la vejez, trabajan y defienden su sensación y estado de bienestar y suelen ser personas adultas mayores independientes, activas y productivas.

Para Mendoza-Núñez (s.f.), las personas con este tipo de envejecimiento solo manifiestan los básicos cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de la edad, como la disminución gradual de la fuerza, la poca resistencia muscular, la densidad ósea, la velocidad de reacción, la capacidad pulmonar, esto como consecuencia de la genética y los aspectos saludables de su estilo de vida, es decir, dieta equilibrada, ejercicio regular y actitud positiva ante la vida. Entre un 5 y 15 % de la población disfruta este exitoso envejecimiento; no obstante, solo con incrementar y promover programas de envejecimiento saludable y activo estos porcentajes podrían mejorar considerablemente.

### *2.3.2. Envejecimiento saludable*

Este envejecimiento es promovido por la OMS desde el 2002. Se basa en desarrollar una etapa de vejez saludable como proceso psicosocial e integrativo, fundamentado en 5 proposiciones y factores interrelacionados; los mismos son (Gómez y Cursio, 2021):

- a. **Procesos de promoción de la salud:** la regulación biológica es precedida por factores positivos psicosociales (Gómez y Cursio, 2021).
- b. **Procesos de resiliencia:** los factores positivos psicosociales ayudan a proteger los efectos nocivos de las adversidades externas (Gómez y Cursio, 2021).

- c. **Procesos de recuperación y reparación:** las capacidades biológicas y funcionales se pueden reparar y recuperar si existen factores positivos psicosociales (Gómez y Cursio, 2021).
- d. **Procesos de compensación:** las debilidades psicológicas y biológicas pueden ser ayudadas y compensadas por las mismas fortalezas psicobiológicas (Gómez y Cursio, 2021).
- e. **Procesos de expresión genética:** los factores afectivos psicosociales promueven lo positivo de los seres humanos y mitigan lo negativo (Gómez y Cursio, 2021).

### *2.3.3. Envejecimiento activo*

González y Ham-Chande (2007) sostienen que, en este tipo de envejecimiento, las personas presentan el diagnóstico de alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, ciertos padecimientos músculo-esqueléticos, con la que puede vivir sin que la misma trastoque y altere su vida. En esta tipología se manifiesta de manera general una buena salud y no existe ningún deterioro cognitivo; los factores de riesgo son bajos siempre y cuando haya buen control de la patología diagnosticada.

El envejecimiento activo es un concepto que propone que este proceso puede ser positivo y enriquecedor. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como el proceso de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, toda vez que se presente la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad. Se entiende por salud física y mental el proceso de envejecimiento bajo los beneficios de una dieta sana, ejercicio regular, control de los factores de riesgo y acceso a una atención médica de calidad. Se puede definir la participación, por la continuidad en las actividades laborales, socioculturales, educativas, voluntariado, entre otras, ya que un proceso de vejez colmado de actividades será propicio para la satisfacción, el bienestar y la realización personal. Por su parte, la seguridad tiene que ver

con un envejecimiento físico y financieramente seguro, vivir en un lugar propio, estable, accesible, reconfortante y con la estabilidad económica de contar con una pensión suficiente para mantener un nivel de vida digno (Mendoza-Núñez, s.f.; OPS y CEPAL, 2023).

Esta teoría proviene de estudios realizados en Kansas City por Havighurst (1961), quien sociabilizó con personas entre 50 y 90 años, concluyendo que los individuos vivían más sin discapacidades y sin complicaciones crónicas de alguna enfermedad de base, al mantenerse activo mediante la realización de alguna actividad que venía realizando antes de la vejez o una nueva que le resultara gratificante y satisfactoria; se adaptan mejor a la etapa de envejecimiento y se sienten satisfechos de vivirla, es decir, la vejez activa permite independencia, autonomía, relaciones sociales significativas, inclusividad y otorga identidad, en otra palabras es una vejez sana y feliz (Dulcey, 1982; Jiménez, 2001; como se citaron en Carabalí, 2020).

## 2.4. Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros clínico-plurietiología que presentan una alta prevalencia en las personas mayores de 65 años, habitualmente originados por la interacción de enfermedades, alteraciones físicas, factores sociales y psicológicos, que con frecuencia originan incapacidad funcional o social en la población (fragilidad) y baja calidad de vida. Los mismos son prevenibles, con frecuencia infradiagnosticados, y su abordaje y tratamiento es multidimensional y multiprofesional (Gómez y Cursio, 2021).

Después de percibir en su experiencia, que había pacientes ancianos afectados por una nueva tipología de enfermedades imprecisas, difíciles de diagnosticar y definir, Bernard Isaacs, médico geriatra del área de Glasgow en 1969 comienza a estructurar un concepto sobre esta nueva imagen de raras patologías en torno al anciano, siendo denominadas Síndromes Geriátricos. Estos síndromes han sido conocidos como inestabilidad, inmovilidad, deterioro intelectual e incontinencia. Estas afecciones son pa-

decidas por la población anciana mayor de 65 años, con una alta frecuencia, afectando a varios sistemas orgánicos, son difíciles de diagnosticar y tratar, provocan una importante disminución de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, relacionadas estrechamente con la morbilidad, llegan a ser una sobrecarga familiar, pues necesitan y demandan una continua, disciplinada y esmerada atención médica (Cristofori et al., 2020).

Entre las causas de los síndromes geriátricos se cuentan enfermedades como la hipertensión arterial, la enfermedades pulmonares, la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus, alteraciones físicas y funcionales como la pérdida de masa muscular, la disminución de la fuerza muscular, la pérdida de equilibrio, la disminución de la visión y la audición, así como la disminución de la capacidad cognitiva; factores sociales y psicológicos como la depresión soledad, la soledad y la falta de apoyo familiar y social, también pueden contribuir con la aparición de síndromes geriátricos (Gómez y Cursio, 2021).

Cristofori et al. (2020) y Gómez y Cursio (2021) caracterizan los síndromes geriátricos más frecuentes, como sigue:

- a. **Inmovilidad:** es la incapacidad que presentan las personas mayores para desplazarse de forma independiente, puede ser causada por dolores fuertes, artritis, debilidad muscular, falta de masa corporal, pie diabético y amputaciones causadas por la diabetes, problemas de equilibrio por caídas, laberintitis, cáncer óseo, osteoporosis, entre otras (Cristofori et al., 2020; Gómez y Cursio, 2021).
- b. **Inestabilidad y caídas:** causadas por una variedad de factores como la inmovilidad, la debilidad muscular, los problemas de equilibrio, la visión borrosa o el uso de ciertos medicamentos; constituyen una de las principales causas de discapacidad y muerte en los adultos mayores (Cristofori et al., 2020; Gómez y Cursio, 2021).
- c. **Incontinencia urinaria:** es una condición desagradable que llega a causar molestia y vergüenza en pacientes mayores que le otorgan impor-

tancia a su imagen e higiene, ya que es la incapacidad para controlar la micción. Sus causas pueden ser múltiples como el cáncer de próstata, de vejiga, la enfermedad de la gota, problemas de movilidad, trastornos neurológicos, la menopausia y el uso de ciertos medicamentos (Cristofori et al., 2020; Gómez y Cursio, 2021).

- d. **Deterioro cognitivo:** es la disminución, desaparición o incapacidad de realizar las funciones mentales cognitivas propias del cerebro como la memoria, el pensamiento, el razonamiento, la percepción, la atención, y la interpretación. Este padecimiento lo causa la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson o la demencia vascular (Cristofori et al., 2020; Gómez y Cursio, 2021).
- e. **Fragilidad:** este padecimiento geriátrico se manifiesta de muchas maneras, ya que se caracteriza por un estado de vulnerabilidad que aumenta el riesgo de sufrir complicaciones ante una enfermedad o un traumatismo; en el paciente se puede observar depresión, ansiedad, tristeza extrema, miedos y temores crónicos, disminución de la fuerza, desnutrición, malnutrición, problemas de la piel (entre ellos alergias, vitíligo, urticarias, escabiosis y psoriasis), soledad, irritabilidad, ausentismo, dolor crónico, resistencia y la incapacidad de recuperación (Cristofori et al., 2020; Gómez y Cursio, 2021) (ver Tabla 1).

Para realizar un diagnóstico e indicar un tratamiento para los síndromes geriátricos son diferentes especialistas involucrados, desde médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales sanitarios hasta el entorno familiar del paciente. Es un enfoque para mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen, retrasando o evitando la aparición de complicaciones (Cristofori et al., 2020). Por tal razón, dicho tratamiento debe ser individualizado basado en medidas médicas como la administración de medicamentos, la fisioterapia y la terapia ocupacional, e igualmente llegan a ser necesarias las medidas sociales y psicológicas, como el apoyo familiar y la asistencia social (Gómez y Cursio, 2021).

**Tabla 1**  
*Clasificación y prevalencia de los síndromes geriátricos*

Gigantes de la geriatría	Prevalencia	Síndromes geriátricos ampliamente reconocidos	Prevalencia	Síndromes geriátricos más discutidos	Prevalencia
Deterioro cognitivo	Un 5 % de 65-70 años, que aumenta un 5 % cada 5 años	Fragilidad	70-75 años: 2.5-6 % 75-80 años: 6.5-12 % 80-85 años: 15-26 % > 85 años: 18-38 %	Mareo	24 %
Inmovilidad	Un 18 % de más de 65 años tienen dificultad para movilizarse sin ayuda	Sarcopenia (pérdida de masa, fuerza y funcionamiento de los músculos)	Comunidad: 1-29 % Residencias: 14-33 % Hospital: 10 %	Anorexia	26.7 %
Deterioro funcional	Un 50 % de más de 75 años tienen problemas para salir del domicilio Un 15 % tienen alguna limitación en AVD entre 65-79 años, y un 44 % en mayores de 80 años. Un 30 % sufren deterioro funcional tras hospitalización en mayores de 70 años	Déficit sensorial	70-80 % presbiacusia >75 % cataratas	Pérdida de peso	13 %
		Delirium	Comunidad: 1-2 % Hospital: 10-56 %	Maltrato	15.7 %
		Depresión	Comunidad: 5 % Residencia: 25 %	Sobrecarga familia	52 %

## ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES

Gigantes de la geriatría	Prevalencia	Síndromes geriátricos ampliamente reconocidos	Prevalencia	Síndromes geriátricos más discutidos	Prevalencia
Incontinencia	Fecal: 10-20 %	Dolor persistente	Comunidad: 50 % Residencia: 80 % Hospital: 45-60 %	Patología de la boca	40 % edéntulos
	Urinaria: Comunidad: 10-15 % Hospital: 20-43 %	Malnutrición	Usando MNA: 16.6 % Hospital: 24.6 % Residencias: 20.8 % Comunidad: 6.9 %	Disfunción sexual	> 50 % disfunción eréctil
Caídas	Comunidad: mayores de 65 años: 30 %/año	Disfagia	Comunidad: 30 % Residencias: 60 % Hospital: 44 %	Trastornos podiátricos (Enfermedades del pie)	> 50 %
	Hospital: Agudos: 3.8-7/1.000 pacientes-día	Polifarmacia	32 %		
	Convalecencia-rehabilitación: 7.6-12.6/1.000 pacientes-día	Estreñimiento	2-27 %		
		Insomnio	30-50 %		
		Úlceras por presión	3 % domicilio 7 % hospital		

*Nota:* AVD (Actividades de la Vida Diaria); MNA (Mini-Nutritional Assessment).

Tomado de Cristofori et al. (2020).

## 2.5. Estilos de vida y medidas preventivas

Como se ha descrito con anterioridad, las pautas de comportamiento y los hábitos que se adoptan a lo largo de la vida, llegan a tener un impacto significativo en la salud, tanto positiva como negativamente; las personas que optan por conductas sanas que buscan su bienestar físico, mental, psicológico y social, practican y promueven en todas las áreas de su vida la salud, el bienestar, la paz, la tranquilidad, la estabilidad, la sana interrelación con la alimentación y las buenas maneras de actuar, entre otras acciones, propiciarán una mejor calidad de vida, especialmente en la vejez (Lozano et al. 2009).

Por el contrario, una vida llena de desmanes tóxicos y nada saludable hace propensos a los organismos que se encuentran bajo esta presión o estrés dañino a aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, hipertensión, colesterol y triglicéridos altos, obesidad, entre otras (Lozano et al. 2009).

Para Hernández (2023), los estilos de vida saludables que una persona adopta en su vida cotidiana, son aquellas acciones, conductas y comportamientos que ayudan a los organismos a mantenerse sanos, óptimos, activos, funcionales y prevenir enfermedades, entendiéndose como prevención o medidas preventivas aquellas acciones que se realizan para evitar que se produzcan enfermedades, padecimientos y condiciones que afectan la calidad y el bienestar de la vida, estas medidas pueden ser individuales, como los estilos de vida saludables, o colectivas, como las campañas de promoción de vacunación o las normas de salud pública.

Las medidas preventivas son una parte importante de la atención médica. Al adoptar estilos de vida saludables y seguir las medidas preventivas, se puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas y mejorar la calidad de vida del paciente, especialmente en el adulto mayor (Mendoza-Núñez, s.f.). Estas acciones preventivas, pueden ser:

- a. **Actividad física:** Realizar al menos tres veces por semana actividad física durante un mínimo de 30 minutos, para fortalecer músculos y huesos, mantener un peso saludable, mejorar la salud cardiovascular, controlar los niveles de glicemia, colesterol, triglicéridos en sangre y otros indicadores valorados desde las pruebas de laboratorio, equilibrar la tensión arterial, disminuir la ansiedad, manejar la depresión, entre otros efectos benéficos para la salud (Ventura y Zevallos, 2019).
- b. **Dieta sana y balanceada:** reducir el consumo de alimentos procesados, evitar los azúcares añadidos y grasas saturadas previene y controla la obesidad y el hígado graso; en efecto, una buena alimentación incluye la ingesta de una variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios en su propicio equilibrio (Ventura y Zevallos, 2019).
- c. **Higiene adecuada y rutinaria:** la buena práctica de la higiene personal previene la propagación de ciertas enfermedades; por ejemplo, es importante lavarse las manos con frecuencia, especialmente antes de comer y después de ir al baño, ya que son muchas las enfermedades que esta sencilla práctica evita con gran efectividad (Aguilar, 2014).
- d. **Practicar la higiene del sueño:** una de las medidas que mantiene la salud mental y física es dormir las horas adecuadas que el organismo requiere para su recuperación diaria, siendo lo recomendado descansar y dormir de 7 a 8 horas cada noche y de ser posible realizar una breve siesta – aproximadamente media hora- preferiblemente en la tarde (Ventura y Zevallos, 2019).
- e. **Controlar y manejar el estrés:** previene el desarrollo de enfermedades crónicas y su sintomatología, mediante la práctica de ejercicios físicos, la meditación, el descanso, la práctica del yoga, la relajación y los tiempos de recreación y ocio (Valverde, 2022).
- f. **Realizar y cumplir esquemas preventivos:** 1. vacunación: ayudan a cubrir y proteger al organismo de enfermedades infecciosas; 2. exámenes

físicos y de laboratorio, debido a que permiten detectar enfermedades en sus primeras etapas, cuando es más fácil tratarlas; 3. visitas y revisiones periódicas a médicos especialistas para prevenir cualquier complicación de enfermedades de base, condiciones especiales de salud y protegerse de nuevas enfermedades (Aguilar, 2014).

- g. **Evitar conductas perjudiciales:** 1. El sedentarismo, ya que es un factor de riesgo importante para el padecimiento de muchas enfermedades crónicas; 2. el tabaquismo, por ser una de las principales causas de muerte prematura en el mundo; 3. el consumo excesivo de alcohol; prevenir este mal hábito evita no solo padecimientos físicos (cirrosis hepática) sino sociales como el alcoholismo y el desmembramiento familiar; 4. el uso de drogas ilegales que provocan problemas de salud, enfermedades mentales, adicciones y trastornos del comportamiento (Hernández, 2023).

Los estilos de vida saludables y la responsabilidad de tomar y realizar medidas preventivas permiten que los individuos, sean promotores de salud, creen condiciones para que las personas alcancen su máximo potencial de salud, reduzcan la probabilidad de padecer una enfermedad y desarrollen mecanismos de protección contra las enfermedades (Hernández, 2023).

# CAPÍTULO III

## ENFERMEDADES CRÓNICO- DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

### 3.1. Definición

Las enfermedades crónico-degenerativas pueden definirse como aquellas enfermedades incurables y de larga duración, que van degradando tanto física como mentalmente al individuo, representando desequilibrios que afectan a los órganos y tejidos del cuerpo humano y altos índices de mortalidad, especialmente en los adultos mayores (Guamán y López, 2023).

Según Ayala-Salinas et al. (2023), algunas características de los pacientes crónico-degenerativos son las siguientes: enfermedad que afecta su situación funcional y emocional; necesidad de seguimiento y vigilancia; alta probabilidad de padecer crisis y descompensaciones; situación de fragilidad con alto riesgo de pérdida tanto funcional como cognitiva; diversos dispositivos médicos y situaciones sociales adversas.

## 3.2. Enfermedades crónico-degenerativas con mayor incidencia

### 3.2.1. *Diabetes Mellitus*

En la actualidad, la diabetes mellitus afecta a unos 531 millones de personas en el mundo, según datos aportados por la Federación Internacional de Diabetes (FID); se estima que en 2030 el número de personas que padece esta enfermedad ascienda a 643 millones, por tanto, es considerada una pandemia mundial del siglo XXI (Maguey, 24 de agosto de 2023).

Esta enfermedad de múltiple etiología —principalmente factores de riesgo, malos hábitos alimenticios, obesidad, sobrepeso, sedentarismo, edad, origen étnico, y antecedentes familiares— puede definirse como una alteración del metabolismo de la glucosa. Se caracteriza por la hiperglicemia crónica en el paciente, así como otras alteraciones en el metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado sobre todo de los defectos en la secreción y/o en la acción inadecuada de la insulina en el organismo (Martínez y Romo, 2023).

Los principales síntomas de la diabetes mellitus son aumento de la sensación de sed, orinar con mucha frecuencia, aumento del apetito, cansancio, irritabilidad o mal humor, infecciones frecuentes, y aumento o disminución del peso corporal (Rivera, 2000).

El diagnóstico de la diabetes mellitus se realiza con base en los siguientes criterios: a) dos glucosas plasmáticas o más en ayunas, con glicemia > 126 mg/dl; b) dos pruebas de tolerancia a la glucosa con glicemia postprandial > 200 mg/dl; c) hemoglobina glicosilada > 6.5 %; d) pacientes con síntomas de hiperglicemia o crisis hiperglicémica con glucosa plasmática al azar >200 mg/dl (Martínez y Romo, 2023).

La Organización Mundial de la Salud clasifica a la diabetes mellitus en cinco tipos, fundamentalmente a) Diabetes mellitus dependiente de insulina o tipo I; b) Diabetes mellitus no dependiente de insulina o tipo II; c) Dia-

betes mellitus relacionada con malos hábitos alimenticios; d) Diabetes asociada con otras situaciones como por ejemplo enfermedad pancreática, enfermedad de etiología hormonal, anormalidades de la molécula insulina o sus receptores, entre otros; e) Diabetes mellitus gestacional. Los tipos de diabetes más comunes son los I y II.

- **La diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente:** es frecuente en niños o adolescentes; se relaciona con factores hereditarios y generalmente aparece debido a células defectuosas del páncreas que impiden la producción adecuada de la hormona insulina (Rivera, 2000).
- **La diabetes mellitus tipo II, no insulino-dependiente:** generalmente se observa en la edad adulta; se vincula generalmente con la obesidad y factores hereditarios, aunque su origen no se conoce con exactitud (Rivera, 2000).

Esta enfermedad crónico-degenerativa ocasiona una serie de complicaciones como elevada morbimortalidad, numerosas consultas médicas y hospitalizaciones, invalidez y muerte. Entre las complicaciones multisistémicas se incluyen eventos microvasculares y macrovasculares. Dentro de los primeros se pueden mencionar la retinopatía y nefropatía; con respecto a los segundos, son ejemplos la enfermedad vascular periférica, la cardiopatía isquémica, y el accidente cardiovascular. De ahí que muchos pacientes con esta enfermedad desarrollen frecuentemente complicaciones que muchas veces son difíciles de tratar y que resultan muy costosas (Martínez y Romo, 2023).

### 3.2.2. Obesidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como se citó en Aguilera et al. (2019), la obesidad puede definirse como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, debido a diferentes causas, entre ellas, el desbalance energético, fármacos y patología genética. Por su par-

te, la Federación Mundial de Obesidad (*World Obesity Federation*) la define como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva.

Este problema de salud pública, catalogado como epidemia global, ha triplicado su prevalencia a nivel mundial entre 1975 y 2016, alcanzando cifras de más de 1.9 billones de adultos de 18 años o más con sobrepeso, de los cuales, 650 millones eran obesos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Aguilera et al., 2019).

De este modo, la obesidad constituye un problema de salud pública grave a nivel mundial, porque representa un notable factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, que son la principal carga de morbilidad. En el caso de los adultos, una persona con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 es considerada obesa y con IMC igual o superior a 25 se trata de una persona con sobrepeso (Malo-Serrano et al., 2017).

De tal manera, las personas que poseen un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, generalmente tienen una alta incidencia de problemas metabólicos, entre ellos la resistencia a la insulina y el incremento de los niveles de colesterol y triglicéridos; igualmente están más expuestas a padecer enfermedades cardiovasculares y al riesgo de diabetes mellitus tipo II, patologías osteoarticulares y algunos tipos de cáncer, además de problemas sociales como el rechazo o la discriminación (Malo-Serrano et al., 2017).

Uno de los principales factores relacionados con esta enfermedad es los malos hábitos alimentarios en la población, especialmente el consumo de productos ultraprocesados en la dieta diaria, así como bebidas azucaradas, desplazando en buena medida a los alimentos naturales o poco procesados, conllevando el aumento del peso corporal y sus efectos desfavorables sobre la salud (Malo-Serrano et al., 2017).

Así mismo, se ha suscitado un debate en torno a si la obesidad es un factor de riesgo o una enfermedad. Aguilera et al. (2019) explican que algunas

organizaciones y sociedades internacionales, entre ellas, la OMS, *Food and Drug Administration* (FDA), *National Institutes of Health* (NIH), *American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE), *Internal Revenue Service* (IRS) y recientemente la WOF, invitan a considerar que la obesidad es más que un factor de riesgo y por ende ha pasado a ser razonada como una enfermedad primaria.

También se ha cuestionado la definición de la obesidad como una enfermedad basada tan solo en el indicador IMC, dado que se trata de un problema de salud complejo y multifactorial, por tanto, el proceso de evaluación médica debe ser amplio y riguroso, incluyendo examen físico, historia clínica detallada, exámenes de laboratorio, entre otros. Por otro lado, debe tenerse presente que existe un subgrupo de pacientes obesos con IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> que al momento de su diagnóstico no presentan patologías, definiéndose en consecuencia como obesos metabólicamente saludables; sin embargo, esto no implica justificar el exceso de peso en los pacientes.

### 3.2.3. Cáncer

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), el cáncer constituye la primera causa de muerte en el mundo. En 2022, se registraron aproximadamente 10 millones de fallecimientos a causa de esta enfermedad, es decir, una de cada seis defunciones.

El cáncer comprende un número amplio de enfermedades que se caracteriza por la multiplicación rápida y anormal de células, más allá de sus límites habituales, las cuales a medida que va agravándose pueden expandirse anómalamente a otros órganos del cuerpo humano en un proceso denominado metástasis; también se identifica como neoplasias o tumores malignos. Entre los tipos de cáncer más comunes se encuentran: de mama, de pulmón, colorrectal, de próstata, de piel, y gástrico (OMS, 2022).

Según el Centro Clínico Oncológico (2016), existen muchas clases de tumores, pero generalmente pueden clasificarse en dos tipos: a) según el

órgano donde se producen inicialmente; y b) según el tipo de células de donde provengan (tipo histológico), siendo posible identificar a grandes rasgos: carcinoma epidermoide y adenocarcinoma, linfoma, sarcoma, melanoma, glioma, neuroblastoma, teratomas, entre otros.

Esta alteración de las células es el resultado de factores genéticos en el paciente, así como la incidencia de factores externos, tales como: a) carcinógenos químicos, como el amianto, sustancias contenidas en el humo de tabaco, las aflatoxinas que contaminan los alimentos y el arsénico presente en el agua; b) carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas y ionizantes; c) carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos. Otros factores de riesgo relacionados con el cáncer son el consumo de alcohol y tabaco, la mala alimentación, el sedentarismo o la falta de ejercicio físico, la edad, algunas infecciones crónicas y virus, entre otros (OMS, 2022).

#### *3.2.4. Hipertensión arterial sistémica*

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad que afecta aproximadamente a 1.280 millones de personas adultas —entre 30 y 79 años— en el mundo (OMS, 2023).

Según Castaño-Guerra (2011, como se citó en Camacho, 2019), la hipertensión arterial sistémica es una de las patologías más frecuentes, entre las enfermedades crónico- degenerativas no transmisibles, que produce daño vascular sistémico incrementando la morbimortalidad de diferentes enfermedades vasculares.

Esta enfermedad crónica es de etiología multifactorial —comprende factores genéticos, consumo excesivo de sal, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, edad, entre otros). Constituye un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como no desarrollados, dada su alta incidencia. Se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg y/o de la presión arterial diastólica igual o

mayor a 90 mmHg (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2006). A medida que la presión arterial es más alta, mayor presión ocasiona al corazón, impidiendo que la sangre circule con normalidad en el cuerpo del paciente (Heredia et al., 2019).

Esta enfermedad crónica es de etiología multifactorial –comprende factores genéticos, consumo excesivo de sal, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, edad, entre otros). Constituye un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como no desarrollados, dada su alta incidencia. Se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg y/o de la presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2006). A medida que la presión arterial es más alta, mayor presión ocasiona al corazón, impidiendo que la sangre circule con normalidad en el cuerpo del paciente (Heredia et al., 2019).

La mayoría de las personas que sufren de presión arterial alta no presentan síntomas, es por ello que se dice que es una enfermedad silenciosa. Sin embargo, las personas que tienen la presión arterial muy elevada (con un valor mayor o igual a 180/120) pueden presentar algunos síntomas como dolor de cabeza intenso, mareos, confusión, dolor en el pecho, dificultad para respirar, náuseas, vómitos, visión borrosa, ansiedad, hemorragia nasal, cambios en el ritmo cardíaco, y zumbidos en los oídos. Así mismo, entre las complicaciones que puede producir la hipertensión arterial, se pueden mencionar: dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ritmo cardíaco irregular, insuficiencia renal; las cuales incluso pueden ocasionar la muerte (OMS, 2023).

### *3.2.5. Enfermedad de Alzheimer*

Según Garzón Patterson et al. (2018, como se citó en Vanegas et al., 2023), la enfermedad de Alzheimer es considerada la forma más común de demencia en las personas de la tercera edad, siendo un serio problema de salud pública y global, a la vez que constituye un problema de carácter

social, dado que es la primera causa de discapacidad en los adultos mayores y genera gran dependencia a medida que va avanzando, así como estrés psicológico en el cuidador, por el deterioro crónico que ocasiona esta condición de salud, en donde convergen variables psicológicas, situacionales y económicas.

La enfermedad de Alzheimer representa entre 50 % y 60 % aproximadamente de los síndromes demenciales; tiene una prevalencia de 1-2 % alrededor de los 65 años, aumentando de manera exponencial cada cinco años, para alcanzar 32 % a los 85-90 años de edad; después de esta edad declina su prevalencia (Oliva et al., 2020).

Las enfermedades demenciales, entre ellas, el Alzheimer, se derivan de factores de riesgo multifactoriales; entre ellos: sexo; edad; antecedentes familiares de demencia o de trauma craneal; enfermedades del sistema nervioso; enfermedad de la tiroides; depresión; entre otras (Oliva et al., 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017, como se citó en Vaneegas et al., 2023), el Alzheimer afecta a millones de personas en el mundo y se pronostica que para el año 2050, se pasará de 50 millones de casos en la actualidad a la cifra de 152 millones de enfermos con este padecimiento. Oliva et al. (2020) argumenta que, dada su alta incidencia en la población, ha sido denominada “epidemia del siglo XXI”, siendo uno de los grandes síndromes geriátricos. Sin embargo, pese a que afecta principalmente a los adultos mayores no es consecuencia del envejecimiento.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por un deterioro cognitivo y alteraciones del comportamiento en los individuos que la padecen; los síntomas se desarrollan progresivamente y las funciones corticales superiores se van deteriorando conforme avanza el tiempo. Los pacientes afectados con esta enfermedad generalmente sufren de amnesia, trastornos del sueño, cambios del comportamiento, depresión, ansiedad, problemas visuales y trastornos del lenguaje; estos síntomas se van agravando a me-

dida que la enfermedad avanza, haciendo su control cada vez más complejo (Díaz et al., 2023).

### *3.2.6. Trastornos músculo-esqueléticos*

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), las enfermedades o trastornos músculo-esqueléticos afectan aproximadamente a 1710 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa de discapacidad. Comprenden unos 150 trastornos que afectan el sistema locomotor, siendo el más frecuente el dolor lumbar que aqueja a unos 568 millones de personas; así mismo pueden causar: a) artrosis, artritis reumatoide, gota, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante; b) osteoporosis, osteopenia y fracturas; c) sarcopenia; d) afectaciones de la columna vertebral; e) dolor localizado o generalizado y enfermedades inflamatorias, entre ellas, los trastornos del tejido conectivo o la vasculitis, que tienen manifestaciones músculo-esqueléticas, como el lupus eritematoso sistémico.

Así mismo, Heredia et al. (2019) explican que las enfermedades articulares degenerativas son aquellas que afectan el sistema músculo-esquelético, resultantes de los cambios degenerativos en el cuerpo y el daño progresivo del cartílago articular, ocasionando rigidez, dolor, molestias y dificultad para realizar movimientos. Se presentan con mucha frecuencia en los adultos mayores, afectando principalmente las articulaciones sinoviales móviles y a la columna (dedos, rodillas, caderas, región lumbar y cuello). Es considerado un problema de salud pública debido a que este tipo de enfermedades se desencadenan vinculadas con otros factores como la obesidad, el envejecimiento, hábitos y factores hereditarios; una vez instalada la enfermedad es irreversible.

### **3.3. Estilo de vida y la prevención de enfermedades crónico-degenerativas**

Los estilos de vida saludables -según Maya, 1997, como se citó en Baldeón, 2021- pueden definirse como los procedimientos de carácter social,

hábitos, costumbres y procederes de los individuos que llevan a preservar la existencia con calidad de vida, por ende, están muy vinculados con la prevención y el cuidado de la salud, entre otros aspectos.

Por su parte, Ellen (2006, como se citó en Baldeón, 2021), argumenta que los estilos y condiciones de vida se encuentran vinculados con la resolución de las incidencias de los problemas de salud crónicos en la vejez, junto con los programas preventivos orientados a garantizar la calidad de vida. De esta manera, se pueden identificar tres dimensiones: biológica, psíquica y social.

### *3.3.1. Dimensión biológica*

- a. **Bienestar físico:** se refiere a poner en práctica costumbres sanas vinculadas con la buena alimentación y el sueño, así como efectuar movimientos físicos armónicos. Algunas variaciones, por pequeñas que sean, en el estilo de vida, como por ejemplo la reducción del consumo de cafeína o salir a caminar con regularidad, pueden traducirse en efectos positivos en la salud y bienestar del adulto mayor (Baldeón, 2021).
- b. **Tratamiento de la salud:** la paciencia y la dedicación en el manejo de las enfermedades es importante tanto para el paciente como para el personal de salud y grupo familiar del adulto mayor, por tanto, se precisa encontrar la táctica de trato conveniente en la consulta médica, apoyo psicológico y monitoreo de los síntomas de la enfermedad (Baldeón, 2021).

### *3.3.2. Dimensión psicológica*

- a. **Reducción del estrés:** este factor puede desencadenar o desmejorar las sintomatologías de muchas enfermedades, incluyendo las crónico-degenerativas. Por tanto, es fundamental conocer cuál es la causa y cómo se puede manejar, dado que el estrés reiterado ocasiona tirantez, dolencias y angustias que impiden gozar de buena salud y calidad de vida (Baldeón, 2021).

### 3.3.3. Dimensión social

- a. **Relaciones interpersonales:** la buena comunicación es un factor muy importante en el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor, por ende, se debe prestar especial atención a las relaciones interpersonales, la participación social y familiar y además la conservación de la intimidad del paciente (Baldeón, 2021).
- b. **Trabajo/empleo:** es fundamental encontrarse en un entorno laboral que no sea estresante, ni que desmejore la sintomatología de las enfermedades crónico-degenerativas. Cuando una persona no tiene empleo o ya está jubilada, laborar en forma voluntaria podría ayudar a conservar una práctica cotidiana y el valor social del trabajo, entablar una relación con terceros y generar una emoción de metas y sus resultados (Baldeón, 2021).

Como se mencionó anteriormente, las enfermedades crónico-degenerativas constituyen un gran problema de salud pública en el mundo, por tanto, es fundamental su prevención y adecuado control, mejorando los estilos de vida principalmente con base en la combinación de cuatro aspectos: mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente, mantener una dieta balanceada y sana, y no fumar. Esto se vincula con una reducción de hasta un 80 % en el riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas más comunes, que incluso ocasionan la muerte. No obstante, pese a las recomendaciones de un estilo saludable y sus beneficios, pocas personas adultas siguen estas prácticas y se requiere fortalecer un enfoque integral de salud pública en los establecimientos o centros médico-asistenciales (Al-Maskari, 2020).

De allí la importancia de mantener una salud integral para la prevención de patologías físicas y psicológicas, especialmente en el autocuidado de las personas de la tercera edad. Entre los hábitos que contribuyen con un estilo de vida saludable, se pueden destacar: disminuir el consumo de azúcares y grasas; ingerir las raciones recomendadas de carbohidratos, incluyendo

frutas y leguminosas, así como de otros macro y micro nutrientes; y establecer una rutina de ejercicios físicos realizados habitualmente, dependiendo de la edad y de acuerdo con las recomendaciones médicas; también es importante mejorar las relaciones interpersonales y abrir espacios para la recreación y el descanso.

### 3.4. Afrontamiento de enfermedades crónico-degenerativas

El afrontamiento puede ser definido como el conjunto de respuestas cognitivas y emocionales que los individuos utilizan para el manejo y control adecuado del estrés, es decir, se refiere a las estrategias comunes que se adoptan para confrontar las situaciones de la vida cotidiana, incluyendo el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas en los adultos mayores, denominado afrontamiento de los inconvenientes de salubridad, centrados en el problema y las emociones (Banda et al., 2017; Baldeón, 2021). Las primordiales funcionalidades del afrontamiento son a) tratar de solucionar el inconveniente; b) regular la emoción; c) resguardar la autoestima; y c) manipular las interacciones de carácter social (Baldeón, 2021).

En este sentido, Folkman y Lazarus (1985, como se citó en Banda et al., 2017), señalan que el afrontamiento es un proceso dinámico, por cuanto puede variar a lo largo del tiempo, para lograr una mayor adaptación. Así mismo, se pueden identificar dos estilos de afrontamiento: a) centrado en el problema, en el que se busca eliminar la situación estresante; y b) centrado en la emoción, en el que se busca eliminar el malestar desencadenado como consecuencia de la situación que provoca el estrés. Misculin (2018, como se citó en Baldeón, 2021) identifica dos tipos de afrontamiento: a) activo, que corresponde a los esfuerzos en el manejo de una determinada situación; y b) evitativo, que se refiere a la negación y no enfrentamiento del evento motivador.

# CAPÍTULO IV

## ESTILO DE VIDA SALUDABLE COMO HERRAMIENTA PARA AFRONTAR LAS ENFERMEDADES CRÓNICO- DEGENERATIVAS EN ADULTOS MAYORES

### 4.1. Situación problemática

La Organización Mundial de la Salud argumenta que la salud es un concepto sistémico, dado que involucra el bienestar físico, emocional, espiritual y social de los individuos. En consecuencia, no se trata únicamente de la ausencia de enfermedades u otras dolencias, pues la salud, desde una concepción integral, implica la satisfacción de las necesidades sanitarias, afectivas, nutricionales, sociales y culturales de las personas, especialmente en la etapa de envejecimiento (Heredia et al., 2019).

Así pues, diversos factores deben considerarse a la hora de gozar de buena salud, tales como los antecedentes familiares, rasgos personales, relaciones sociales y muy especialmente los estilos de vida saludables que asuman los individuos para mantener el autocuidado y la preservación del bienes-

tar físico y emocional. Toda vez que se adoptan hábitos de vida saludable, se incrementa la probabilidad de gozar de calidad de vida durante la vejez (Heredia et al., 2019).

En la etapa de envejecimiento, los principales problemas de salud están relacionados con el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas, la hipertensión arterial sistémica, el cáncer, la diabetes, el Alzheimer, los trastornos músculo-esqueléticos y la obesidad, que pueden ser afrontadas desde la prevención o el mejoramiento, a partir de la aceptación y puesta en práctica de un estilo de vida sano. Por consiguiente, tanto el personal médico-sanitario como el paciente, los recursos disponibles y el grupo familiar, son actores clave para hacer más llevadero el tratamiento acorde con la sintomatología, así como el seguimiento adecuado de la enfermedad, enfocado en alcanzar en el adulto mayor una mejor calidad de vida (Baldeón, 2021).

A nivel mundial, actualmente las personas tienden a vivir más tiempo —igual o superior a 60 años—, pues se ha incrementado la expectativa de vida al nacer. En el año 2030, se proyecta que una de cada seis personas tendrá 60 años o más; análogamente para el 2050 se espera que la población mundial de adultos mayores se duplique, alcanzando 2100 millones de personas. Así mismo, se tiene que la cantidad de personas de 80 años o más, entre el periodo 2020-2050, se triplique alcanzando la totalidad de 426 millones (OMS, 2022).

Esto implica que los países, tanto desarrollados como no desarrollados, deben asumir grandes retos para garantizar sistemas de salud y seguridad social que permitan al adulto mayor tener calidad de vida y atención médica y psicológica de excelencia. En este sentido, el objetivo general de la presente investigación es establecer la influencia de los estilos de vida saludables en el afrontamiento de los problemas de salud causados por las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en adultos mayores peruanos. Además, debido a que el afrontamiento de este tipo de problemas se realiza en función de la percepción de los problemas y de las

emociones, estas fueron consideradas como dimensiones centrales de la variable independiente (OMS, 2022).

## 4.2. Variables

a. **Variable independiente:** estilos de vida saludable.

Según Ellen (2006, como se citó en Baldeón, 2021), los estilos de vida saludables pueden definirse como las acciones orientadas al logro del bienestar y la preservación de la vida, mediante la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de los individuos, muy especialmente en la etapa de envejecimiento.

b. **Variable dependiente:** afrontamiento de los problemas de salud frente a las enfermedades crónico-degenerativas habituales en los adultos mayores (Baldeón, 2021).

Di-Colloredo et al. (2007, como se citó en Baldeón, 2021), señalan que el afrontamiento se refiere a las acciones que se pueden implementar para asumir adecuadamente y contrarrestar los problemas de salud derivados de las enfermedades, centradas en los aspectos físicos y emocionales.

## 4.3. Diseño y tipo de investigación

Esta investigación es de tipo aplicada, dado que a partir de la teoría trata de resolver un problema práctico. Se basa en los hallazgos, descubrimientos y soluciones relacionados con los objetivos del estudio, con un alcance explicativo o predictivo (Hadi et al., 2023).

Se plantea una relación de causalidad entre los estilos de vida saludables y las afectaciones de salud habituales en el adulto mayor a causa de las enfermedades crónico-degenerativas en el Perú, tomando en cuenta las variables y sus dimensiones. Se trata de un estudio experimental, pues la variable independiente denominada estilos de vida saludables es manipulada intencionalmente para observar su impacto en la variable afrontamiento

de las afectaciones de salud derivadas de las enfermedades crónico-degenerativas en las personas de la tercera edad; así pues, las variables objeto de estudio fueron sometidas a experimentación, verificación y cuantificación (Baldeón, 2021).

El experimento consistió en suministrar un material informativo sobre cómo afrontar los problemas de salud derivados de las enfermedades de tipo crónico-degenerativas, explicando durante 6 charlas o sesiones de 15 minutos cada una, cómo mejorar las actitudes del adulto mayor frente a estos padecimientos. Este material comprende pautas a seguir sobre los estilos de vida saludables, especialmente en la etapa de adultez mayor, abarcando tres dimensiones: biológicas con 5 ítems, psicológicas con 4 ítems y sociales con 7 reactivos, puestos en práctica de manera experimental en el caso de las personas mayores (Baldeón, 2021).

De este modo, fueron realizadas dos evaluaciones: un pretest de la intervención y otro postest; comparando ambas mediciones, las diferencias fueron atribuidas a la intervención sobre estilos de vida saludables, lo que se podría denominar autocontrol o control interno (Baldeón, 2021).

#### **4.4. Población y muestra**

La población de esta investigación fue finita y heterogénea, dado que tiene un número limitado y conocido de individuos de la tercera edad, de ambos sexos, es decir, adultos mayores capaces de realizar sus actividades diarias sin la ayuda de terceros, que habitan en el área urbana del distrito de Tarma, en el Perú, tomando en cuenta la referencia de EsSalud y el Programa del Centro del Adulto Mayor (CAM), con una población total de 320 individuos.

La muestra del presente estudio comprende individuos seleccionados de la población objeto de estudio; la muestra caracteriza a la población y los resultados obtenidos a partir de la misma permiten realizar inferencias o generalizaciones sobre la población. Se utilizó un muestreo de tipo no

probabilístico, es decir, los elementos o individuos son seleccionados de acuerdo con sus características y el criterio escogido por el investigador (Hadi et al., 2023).

Por consiguiente, se incluyeron 95 adultos mayores, siendo los criterios de inclusión: personas mayores de 60 años, de ambos sexos, que pueden valerse por sí mismos; residentes en el área urbana de Tarma (Perú); adultos mayores foráneos con permanencia por más de 10 años en el área objeto de estudio; personas de la tercera edad sin padecimientos debidos a patologías en su fase terminal o minusvalía; sin enfermedad de tipo demencial; y que autoricen su participación en el estudio (Baldeón, 2021).

#### 4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

##### 4.5.1. Técnicas de recolección de datos

Son aquellas empleadas para reunir información relevante sobre el objeto de estudio. En esta investigación se utilizaron las siguientes:

- a. **Recopilación documental:** permite obtener datos o información previamente generados, como archivos, registros, informes, entre otros; específicamente, en este trabajo fueron utilizados el registro clínico y el experimento estilos de vida saludables (Baldeón, 2021).
- b. **La encuesta:** consiste en realizar preguntas a los sujetos que participan en la investigación en función de los objetivos propuestos, en este caso a los adultos mayores autovalentes de ambos géneros, en cuanto a las pautas de estilos de vida saludables (Baldeón, 2021).

##### 4.5.2. Instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio, los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- a. **Registro clínico:** su revisión permitió la recolección de información pertinente a los fines de la investigación, a partir de la historia clínica,

tales como data general sobre aspectos sociales y demográficos de los pacientes (sexo, edad, principales patologías crónico-degenerativas en individuos de la tercera edad, entre otros) (Baldeón, 2021).

- b. **Cuestionarios en la escala Likert, pretest y postest de la intervención:** fueron realizadas preguntas estructuradas en función de los objetivos propuestos; se recolectaron así datos o información referente a la variable establecida por Di-Colloredo et al. (2007, como se citó en Baldeón, 2021), sobre el afrontamiento de las afectaciones de salud crónico-degenerativas habituales en la etapa de la vejez, organizados en dos dimensiones: la primera de ellas, centrada en las afectaciones físicas con 10 reactivos enfocados en sus indicadores tanto activos como demorados. Otra dimensión centrada en las emociones, con 10 reactivos enfocados en los indicadores regulación y modificación; todo ello considerando previamente el juicio de profesionales expertos en la temática (Baldeón, 2021).

#### 4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El cuestionario con base en la escala de Likert fue aplicado y sometido al ajuste mediante el método de consistencia interna o coeficiente de Alfa de Cronbach; lo que permite garantizar la fiabilidad del instrumento de investigación, en una prueba piloto de 20 personas integrantes de la muestra. Se utilizó el programa estadístico SPSS v25, cuyos resultados indicaron que el instrumento es calificado como un coeficiente bueno para la recolección de los datos en el presente estudio (Baldeón, 2021).

Seguidamente, se realizó la sistematización y análisis de los datos, empleando el programa SPSS v25. Se procedió con la tabulación de los datos correspondientes a las dos variables objeto de estudio, indicando las respectivas cantidades y porcentajes de las dimensiones e indicadores; también se hizo uso de la estadística inferencial cuantitativa, realizándose las pruebas de hipótesis para muestras relacionadas T-Student (en el pretest y en el postest de la intervención) (Baldeón, 2021).

## 4.7. Resultados

### 4.7.1. Resultados descriptivos

Los resultados descriptivos y su análisis se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Estilos de vida saludables del afrontamiento de los problemas de salud crónico-degenerativos más frecuentes del adulto mayor, pre y postest*

		Afrontamiento de problemas de salud crónico-degenerativos postest		TOTAL	
		Evitativo	Activo		
Afrontamiento de problemas de salud crónico-degenerativos pretest	Evitativo	Recuento	3	92	95
		% del total	3.2 %	96.8 %	100.0 %
	Activo	Recuento	0	0	0
		% del total	0.0 %	0.0 %	0.0 %
TOTAL		Recuento	3	92	95
		% del total	3.2 %	96.8 %	100.0 %

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

Los resultados obtenidos (ver Tabla 2), toda vez aplicado el material experimental referido a las acciones saludables en los estilos de vida de las personas mayores residentes en Tarma, en el Perú, el afrontamiento de los problemas de salud derivados de las patologías crónico-degenerativas más habituales en el adulto mayor evidenció que en el pretest todos estuvieron con una actitud de afrontamiento Evitativo (100.0 %) y ninguno estuvo Activo (0.0 %). Posteriormente, se mantuvo en actitud de enfrentamiento Evitativo el 3.2 % de los adultos mayores, mientras que pasaron

a un afrontamiento de tipo Activo el 96.8 %. Se puede deducir que un mediador de la reacción a situaciones estresantes con mecanismos de defensa es el afrontamiento; siendo sus principales funciones: tratar de buscar una respuesta adecuada frente al problema; equilibrar las emociones, fomentar el autocuidado; manejar de manera positiva y entusiasta las relaciones humanas. Se puede concluir que el material experimental estilos de vida saludables incrementó en 96.8 % el afrontamiento Activo frente a los problemas de salud causados por las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes del adulto mayor (Baldeón, 2021).

**Tabla 3**

*Estilos de vida saludables del afrontamiento de los problemas en salud crónico-degenerativos más frecuentes centrado en los problemas del adulto mayor, pre y posttest*

		Afrontamiento PSCDMF centrado en los problemas posttest		TOTAL	
		Evitativo	Activo		
Afrontamiento PSCDMF centrado en los problemas pretest	Evitativo	Recuento	14	81	95
		% del total	14.7 %	85.3 %	100.0 %
	Activo	Recuento	0	0	0
		% del total	0.0 %	0.0 %	0.0 %
TOTAL		Recuento	14	81	95
		% del total	14.7 %	85.3 %	100.0 %

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

La Tabla 3 arroja, al aplicar el material experimental, estilos de vida saludables en los adultos mayores de Tarma, en el Perú, y su incidencia en el afrontamiento de las afectaciones de salud debido a las enfermedades crónico-degenerativas habituales en el adulto mayor, centrado en los pro-

blemas- los siguientes resultados: durante el pretest, los pacientes mantuvieron una actitud de enfrentamiento Evitativo (100.0 %) y por ende ninguno estuvo Activo (0.0 %). Posteriormente, con el postest se evidenció un cambio de actitud en los adultos mayores participantes en el estudio, pues el 14.7 % se mantuvo con una actitud de afrontamiento Evitativo y pasaron a estar Activos (85.3 %). El afrontamiento centrado en los problemas implica el manejo de las demandas internas o ambientales hacia el adulto mayor; se puede concluir que el material experimental estilos de vida saludables influye incrementando en 96.8 % el afrontamiento de tipo Activo de los problemas de salud crónico-degenerativos más frecuentes centrados en los problemas del adulto mayor (Baldeón, 2021).

**Tabla 4**

*Estilos de vida saludables del afrontamiento de los problemas en salud crónico-degenerativos más frecuentes centrado en las emociones del adulto mayor, pre y postest*

		Afrontamiento PSCDMF centrado en las emociones postest		TOTAL	
		Evitativo	Activo		
Afrontamiento PSCDMF centrado en las emociones pretest	Evitativo	Recuento	7	88	95
		% del total	7.4 %	92.6 %	100.0 %
	Activo	Recuento	0	0	0
		% del total	0.0 %	0.0 %	0.0 %
TOTAL		Recuento	7	88	95
		% del total	7.4 %	92.6 %	100.0 %

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

Una vez aplicado el material experimental estilos de vida saludables en los adultos mayores o personas de la tercera edad residentes en Tarma, en el Perú, el afrontamiento de las afectaciones causadas por las principales patologías crónico-degenerativas en el adulto mayor, centrado en las emociones, mostró lo siguiente: durante el pretest todos los pacientes estuvieron en actitud de afrontamiento Evitativo (100.0 %); por tanto, ninguno estuvo Activo (0.0 %). Después, con el postest, el 7.4 % de los adultos mayores encuestados se mantuvo con una actitud de afrontamiento Evitativo, mientras que el 92.6 % restante pasaron a la adopción de una actitud de afrontamiento Activo. Cabe destacar que Di-Colloredo et al. (2007) refieren que el afrontamiento centrado en las emociones tiene como función principal equilibrar las mismas, por tanto, comprende acciones para disminuir el malestar asociado con los estados emocionales a causa de algún hecho estresante. Se puede concluir que el material experimental estilos de vida saludables influye incrementando en 92.6 % el afrontamiento Activo de los problemas de salud debido a las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes, centrados en las emociones del paciente de la tercera edad (ver Tabla 4) (Baldeón, 2021).

#### 4.7.2. Resultados inferenciales

Se realizó la prueba de normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. En la Tabla 5 se puede constatar una distribución no normal de los datos, con  $p > .05$  (Baldeón, 2021).

**Tabla 5**

*Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pretest	.133	95	.004	.347	95	.100
Postest	.171	95	.001	.381	95	.021

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

**Tabla 6**

*Prueba de muestras emparejadas*

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95 % de intervalo de confianza de la diferencia		t	g	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pretest – Postest	-14.48766	.53207	0.64912	-42.73981	-37.13401	-38.046	95	0.001

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

Se realizó la prueba de muestras emparejadas, con el propósito de identificar los niveles de influencia de una variable sobre las otras, cuyos resultados demuestran que existe influencia de los estilos de vida saludables en el afrontamiento de las afectaciones de salud en los adultos mayores, con un coeficiente de -38.046 a un nivel de 0.001 de significancia (ver Tabla 6) (Baldeón, 2021).

En relación con la dimensión de afrontamiento centrado en los problemas, se realizó el estadístico de prueba Wilcoxon para muestras no normales, con una significancia menor a 0.05. En la Tabla 7, los resultados sugieren que los estilos de vidas saludables influyen significativamente en el afrontamiento centrado en problemas en los adultos mayores, lo cual demuestra una influencia con un coeficiente de -5.214b ejecutado a un nivel de  $\alpha = 0.000001$  (Baldeón, 2021).

**Tabla 7**

*Estadísticos de prueba entre los estilos de vida saludables y el afrontamiento centrado en problemas*

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
D1 postest – D1 pretest	
Z	-5.214 <sup>b</sup>
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000001

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

En relación con la dimensión de afrontamiento centrado en las emociones, se realizó el estadístico de prueba Wilcoxon para muestras no normales, con una significancia menor a 0.05. Los resultados obtenidos (ver Tabla 8) sugieren que los estilos de vidas saludable influyen de manera significativa en el afrontamiento centrado en las emociones en los adultos mayores, demostrando una influencia con un coeficiente de  $-4.831b$ , ejecutado a un nivel de  $a= 0.000001$  (Baldeón, 2021).

### Tabla 8

*Estadísticos de prueba entre los estilos de vida saludables y el afrontamiento centrado en emociones*

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
D1 postest – D1 pretest	
Z	$-4.831^b$
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000001

*Nota:* Tomado de Baldeón (2021).

## 4.7. Discusión de resultados

La puesta en práctica del material de experimento referido a las acciones vinculadas con estilos de vida saludables, considerando las dimensiones biológica, psicológica y social, al afrontar las afectaciones de salud como consecuencia de las enfermedades crónico- degenerativas más frecuentes centradas en los problemas y las emociones del adulto mayor, se puede constatar lo siguiente: en el pretest todos los pacientes pertenecientes a la muestra mantuvieron una actitud con un afrontamiento de tipo Evitativo (100.0 %); después, al realizarse el postest, se pudo evidenciar que el 96.8 % de los adultos mayores pasaron a mostrar un afrontamiento de tipo Activo (Baldeón, 2021).

La intención de determinar cómo influyen los estilos de vida saludables en el afrontamiento centrado en el problema sobre las afectaciones de salud derivadas de las patologías crónico-degenerativas frecuentes de los adul-

tos mayores residentes en Tarma, en el Perú, demuestran que en el pretest todos estuvieron con una actitud de afrontamiento de tipo Evitativo (100.0 %) y después (durante el postest), el 85.3 % de los pacientes pasaron a mostrar una actitud con un afrontamiento de tipo Activo (Baldeón, 2021).

Con base en los aportes de Flores (2017, como se citó en Baldeón, 2021), se percibe que el autocuidado tiene un rol de suma importancia en la preservación de la salud; el paciente en la etapa de adultez mayor valoriza y aprende a afrontar el proceso de envejecimiento con una actitud positiva y paciente; así pues, el individuo se considera útil para su familia y/o la sociedad, apoyándose en las instituciones médico-sanitarias, en familiares y amigos, para superar las situaciones de dolencias físicas y emocionales con la finalidad de lograr el mayor disfrute posible de la vida y su preservación.

De ahí que Di-Colloredo et al. (2007, como se citó en Baldeón, 2021), resaltan que el afrontamiento centralizado en el inconveniente tiene como función principal dar una adecuada respuesta a los problemas. En la determinación de cómo influyen los estilos de vida saludables para afrontar los inconvenientes de salud, causados por las patologías crónico-degenerativas más frecuentes de los adultos mayores residentes en Tarma, en el Perú, se demostró que con el programa de estilos de vida saludables considerando las dimensiones biológica, psicológica y social, se pudo evidenciar que antes (durante el pretest) todos los participantes estuvieron con una actitud de afrontamiento de tipo Evitativo (100.0 %) y posteriormente (durante el postest) el 92.6 % de los adultos mayores pasaron a estar con afrontamiento de tipo Activo.

Por otro lado, en una investigación realizada por Banda et al. (2017), en pacientes con una edad comprendida entre 60 y 87 años, con una media de 73 años, se evidenció: a) los adultos mayores con padecimiento de diabetes mellitus fue de 52 %; b) El 38 % de los participantes presentaron hipertensión arterial sistémica; c) Un 10 % de los adultos mayores presentaron ambas patologías al unísono.

Con respecto a la estrategia de afrontamiento frente a estas enfermedades crónico-degenerativas, se utilizó con mayor frecuencia acciones orientadas a la resolución del problema o la conducta a modificar (55 %); seguida de la estrategia orientada a la valoración (33 %), y por último la estrategia centrada en las emociones (12 %) (Banda et al., 2017).

Una investigación realizada por Heredia et al. (2019), sobre la base de 30 pacientes adultos mayores atendidos en el Subcentro del Barrio Cuba, parroquia “Eloy Alfaro”, en la ciudad de Manta, Ecuador, con diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas, tales como hipertensión arterial, artrosis y osteoporosis, en el lapso 2018-2019, evidenció que la hipertensión arterial tiene el mayor porcentaje (50 %) de incidencia en los adultos mayores, en cambio la artrosis con 16.67 % se presenta como la enfermedad menos frecuente, sin ninguna distinción socioeconómica.

Antes de ser diagnosticado con estas enfermedades, al indagar sobre el estilo de vida que tuvieron los adultos mayores, se observó que estos estuvieron expuestos a factores de riesgo, entre ellos sedentarismo o falta de actividad física con regularidad, alcoholismo y tabaquismo, dieta no balanceada, y escaso consumo de vitaminas y minerales (Heredia et al., 2019). Es por ello que en las comunidades y centros médico-asistenciales debe promoverse la cultura preventiva de las enfermedades, así como las estrategias de afrontamiento para confrontar las enfermedades crónico-degenerativas, especialmente en las personas en la etapa de envejecimiento.

## **4.8. Conclusiones y recomendaciones**

### *4.8.1. Conclusiones*

Entre las enfermedades crónicas, se encuentran las crónico-degenerativas que se refieren a los trastornos orgánicos-funcionales que inciden notablemente en el modo de vida del paciente adulto mayor y/o su cuidador y familia, ocasionando con ello angustia, dependencia, incertidumbre, desgaste físico y emocional, gastos significativos, entre otros (Fundación Cronicare, 2 de diciembre de 2021).

En la presente investigación relacionada con la incidencia de las enfermedades crónico- degenerativas más habituales en las personas de la tercera edad, residentes en Tarma, en el Perú, al aplicar el material experimental concerniente a los estilos de vida saludables, considerando sus dimensiones biológica, psicológica y social, centrado en los problemas y emociones, se evidencia que durante el pretest, todos los adultos mayores pertenecientes a la muestra, mantuvieron una actitud con un afrontamiento de tipo Evitativo (100.0 %); posteriormente (durante el postest) el 96.8 % de los pacientes pasaron a una situación de afrontamiento de tipo Activo. Por tanto, se puede deducir que el material experimental estilos de vida saludables influye de manera significativa, incrementando en 96.8 % el afrontamiento Activo de los problemas de salud derivados de las patologías crónico-degenerativas más frecuentes en el adulto mayor ( $p - \text{Valor} = 0.000 < \alpha = 0.05$ ) (Baldeón, 2021).

El afrontamiento de una enfermedad crónico-degenerativa requiere sumar voluntades y esfuerzos, en la participación no solo del paciente, sino también de los cuidadores y/o familiares, para tratar de reducir el estrés que deviene del autocuidado y cuidado en general de los enfermos, minimizando los aspectos negativos que trae consigo la enfermedad.

Por consiguiente, se reitera que es relevante que el individuo en la etapa de la vejez, junto con las redes de apoyo familiar e institucional, pueda definir diversas estrategias eficaces de afrontamiento, centradas tanto en el problema como en las emociones, que le permitan de manera flexible confrontar positivamente los cambios físicos, psicológicos, sociales y laborales, sobre la base de las herramientas clave y la optimización de los recursos disponibles, en un determinado contexto (González-Celis y Padilla, 2006).

No obstante, estas estrategias de afrontamiento pueden variar en función de los objetivos de cada individuo de la tercera edad, dado que son respuestas de tipo cognitivo y de comportamientos que se implementan para dar respuesta a situaciones específicas tanto al nivel preventivo como asis-

tencial, que requieren ser atendidas para garantizar la calidad de vida del adulto mayor desde una perspectiva sistémica; se trata entonces de tratar de dar una solución acertada al problema suscitado, controlar malestares o dolencias y adaptarse lo mejor posible a los cambios que acontecen como resultado del proceso de envejecimiento, con la finalidad de lograr una vida con la mayor calidad posible (González-Celis y Padilla, 2006).

#### *4.8.2. Recomendaciones*

Por otra parte, tomando en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, se pueden hacer algunas recomendaciones:

- a. Impulsar bajo la tutela del Estado peruano y de las instituciones médico-asistenciales, el desarrollo de investigaciones de tipo cuasiexperimentales, considerando programas de estilo de vida saludable orientados al cuidado de la salud desde una perspectiva integral, especialmente en el adulto mayor, con la finalidad de lograr y preservar la calidad de vida (Baldeón, 2021).
- b. Promover estudios de tipo no experimental, tomando en cuenta el afrontamiento centrado en los problemas de la salud causados por las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en el adulto mayor, estableciendo alianzas estratégicas institucionales entre los actores involucrados tanto del sector público como privado (Baldeón, 2021).
- c. Desarrollar estudios de tipo no experimental, tomando en consideración el afrontamiento centrado en las emociones del adulto mayor derivadas de las enfermedades crónico-degenerativas, impulsando la sinergia institucional al nivel preventivo y asistencial, mediante la puesta en marcha de programas de estilos de vida saludables, para el mejoramiento de la salud no solo física sino también mental, elevando el bienestar de las personas de la tercera edad (Baldeón, 2021).

## REFLEXIONES FINALES

---

Una de las características de las personas de la tercera edad es el desgaste de los sistemas funcionales del organismo por los cambios progresivos en la salud, aumentando la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que pueden ocasionar dolencias e incapacidad física y mental. No obstante, las causas de morbilidad en el adulto mayor son heterogéneas y no obedecen únicamente al proceso de envejecimiento, presentando patologías de tipo infeccioso, así como enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. Adicionalmente, la pobreza y la desigualdad económica incrementan la fragilidad de las personas mayores frente a las enfermedades y su adecuado manejo (Banda et al., 2017).

Según Lazarus (1998, como se citó en González-Celis y Padilla, 2006), toda persona de la tercera edad confronta una serie de temores relacionados con el padecimiento de alguna enfermedad, especialmente si se trata de una patología crónico-degenerativa, fundamentalmente debido a los la incapacidad y dolores que pueden causar en muchos adultos mayores, la depresión y pérdida de interés por la vida misma, los sentimientos de impotencia y el deterioro cognitivo, alterando el normal funcionamiento de las actividades diarias y las interrelaciones sociales.

Por tanto, convivir con una enfermedad crónico-degenerativa, especialmente en la tercera edad, implica una serie de cambios significativos tan-

to en la rutina diaria como en las relaciones humanas. En este contexto, las personas durante la etapa de la vejez, a partir de las adversidades en el marco de la enfermedad, pueden desarrollar estrategias de afrontamiento y de autocuidado que le permitan una mejor adaptación, dados los cambios físicos, económicos, sociales y familiares, propiciando una vida lo menos desagradable posible al lidiar con la enfermedad (Banda et al., 2017).

Así mismo, el apoyo social y familiar pueden representar una gran influencia en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas mayores con enfermedad crónico-degenerativa; de manera que las redes de apoyo eficientes conformadas por las interrelaciones de los pacientes con su entorno (pareja, hijos, familia y/o amigos) constituyen la base para el desarrollo de las estrategias de afrontamiento en el adulto mayor de cara a la enfermedad, ya que el sentimiento de apoyo y acompañamiento propician generalmente una mejor adaptación, estabilidad y control sobre su condición y le permite realizar cambios favorables (Franco et al., 2021).

Las estrategias de afrontamiento son un elemento esencial para una buena adaptación a cualquier situación que involucre una enfermedad crónico-degenerativa que implica una permanencia en la vida de la persona; no hay una única estrategia de afrontamiento y por ende la flexibilidad en su uso conlleva un equilibrio en la salud tanto física como mental del adulto mayor (Franco et al., 2021).

Por último, según Navarro y Bueno (2015), se puede resaltar que las personas muy mayores adoptan generalmente un patrón de afrontamiento Activo frente a las patologías y afecciones crónico-degenerativas, pero también pueden adoptar un esquema Pasivo e incluso –en menor medida- Evitativo, en el entendido de que muchas veces la solución frente a los eventos adversos está fuera de alcance.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aguilar, G. (2014). *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013* [Tesis de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3579>
- Aguilera, C., Labbé, T., Busquets, J., Venegas, P., Neira, C. y Valenzuela, A. (2019). Obesidad ¿factor de riesgo o enfermedad? *Revista Médica de Chile*, 147(49), 470-474. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000400470](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000400470)
- Al-Maskari, F. (2020). *Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud*. ONU. <https://www.un.org/es/chronicle/article/enfermedades-relacionadascon-el-estilo-de-vida-una-carga-economica-para-los-servicios-de-salud>
- Ayala-Salinas, R., Ponce-Gómez, G. y Carmona-Mejía, B. (2023). Necesidades de cuidados paliativos en el paciente crónico degenerativo complejo. *Enferm. glob.*, 22(69), 167-192. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000100006&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000100006&script=sci_arttext)

- Baldeón, J. (2021). *Estilos de vida saludables para afrontar problemas de salud crónica degenerativas más frecuentes en los adultos mayores, Tarma* [Tesis doctoral, Universidad Nacional del Centro del Perú].
- Banda, O., Ibarra, C., Carbajal, F., Maldonado, G., De los Reyes, L. y Montoya, R. (2017). Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Rev. Enferm. Herediana*, 10(2), 117-122. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3367/3506>
- Bloom, D. y Zucker, L. (2023). *El envejecimiento, la auténtica bomba demográfica*. Finanzas y Desarrollo. <https://www.imf.org/es/Publications/fandd/issues/Series/Analytical-Series/aging-is-the-real-population-bomb-bloom-zucker>
- Budinich, M., y Aravena, J. (2023). Delirium - Síndrome confusional agudo. En Gobierno de Chile-Ministerio de Salud de Chile (Ed.) *Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores*. (pp. 189-199). (Publicaciones DIPRECE) Depto. Ciclo Vital, Oficina de Salud de las Personas Mayores, y Depto. Salud Mental. Santiago, Chile. <https://midap.org/wp-content/uploads/2023/08/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf>
- Camacho, I. (2019). *Peso del antecedente familiar en primer grado de hipertensión arterial sistémica como factor de riesgo para el desarrollo de familia hipertensa* [Tesis de especialización, Universidad Autónoma de Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/9427/1/MEESC-258409-0519-319.pdf>
- Carabali, C. (2020). Vejez y teorías del envejecimiento. En Gómez, R. y Calvo, A. (Eds.). *Salud, Vejez y Discapacidad* (pp. 25-50). Editorial Universidad Santiago de Cali.

- Carranza, J. y Rodríguez, Y. (2014). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización el Carmen, Chimbote. *Revista Científica In Crescendo*, 5(1), 23-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127596>
- Centro Clínico Oncológico. (2026). ¿Qué es el cáncer? <https://oncologiahuelva.com/que-es-cancer/>
- Cornejo, E., Unocc, S., Yupanqui, I., Juárez, M., Ahuanlla, M. y Álvarez, M. (2023). Estilos de Vida del Adulto Mayor desde un enfoque social, biológico y psicológico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 6753-6769. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i5.8258](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8258)
- Cristofori, G., Lozano, I. y Baztán, J. (2020). Síndromes geriátricos: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos comunes, 651-657. [https://aulavirtual.sld.cu/pluginfile.php/74426/mod\\_resource/content/1/SINDROMES%20GERIATRICOS%20ASPECTOS%20FISIOPATOLOGICOS%20%2C%20CLINICOS%20Y%20TERAPEUTICOS%20COMUNES.pdf](https://aulavirtual.sld.cu/pluginfile.php/74426/mod_resource/content/1/SINDROMES%20GERIATRICOS%20ASPECTOS%20FISIOPATOLOGICOS%20%2C%20CLINICOS%20Y%20TERAPEUTICOS%20COMUNES.pdf)
- Díaz, L., López, A. y Romero, A. (2023). Uso de cannabidiol para el control de síntomas refractarios en síndromes convulsivos y enfermedades neurodegenerativas. *Alerta*, 6 (1), 78-85. <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/15563/18501>
- Franco, B., Arenas, F., Meza, D., Mora, Y., Rivera, M. y Doto, C. (2021). Aspectos psicosociales y estrategias de afrontamiento en la cotidianidad de la persona con enfermedad crónica. *XXVI Verano de la Ciencia*, (10), 1-9. <https://jovenesenlaciencia.ugto.mx>

- Fundación CroniCare. (2 de diciembre de 2021). *Afrontamiento de enfermedad crónica*. <https://www.cronicare.org/post/afrontamiento-de-enfermedad-cr%C3%B3nica>
- García, D., Chanchay, A. y Morales, C. (2023). Bienestar psicológico en adultos mayores de 60 a 90 años de edad en un centro público en la ciudad de Quito en el año 2023. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 9(3), 1573-1590.
- Gómez, J. y Cursio, C. (2021). *Salud en el Anciano* (1ra ed.) Editorial Universidad de Caldas. [https://www.google.com.pe/books/edition/Salud\\_del\\_Anciano/qEthEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1](https://www.google.com.pe/books/edition/Salud_del_Anciano/qEthEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1)
- González, C. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Revista Salud pública de México*, 49(4), 448-458. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003)
- González-Celis, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Univ. Psychol*, 5(3), 501-510. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000300006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300006)
- Guallo, M., Floresmilo, A. y Chávez, J. (2022). Estilos de vida saludables en adultos mayores. *Revista Cubana de Reumatología*, 24(4). <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1051/pdf>
- Guamán, A. y López, G. (2023). Hospitalización prevenible en enfermedades crónico degenerativas: hipertensión arterial y diabetes. *Salud, Ciencia y Tecnología*, (3), 2-12. <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/487>

- Hadi, M., Martel, C., Huayta, F., Rojas, C. y Arias, J. (2023). *Metodología de la investigación. Guía para el proyecto de tesis*. INUDI.
- Heredia, D., Ponce, E., y Ponce, C. (2019). Prevención de enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores: una mirada desde la experiencia de vinculación con la sociedad. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (12). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9066662>
- Hernández, R. (2023). Envejecimiento y calidad de vida relacionada con la salud. *Salud Jalisco*, 10 (1), 50-64. <https://dx.doi.org/10.35366/111184>
- Huenchuan, S. (Ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos*. Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bits-treams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. (2006). Hipertensión arterial sistémica (HAS). Diagnóstico, tratamiento y prevención. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*, 1-6. [https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme\\_11.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_11.pdf)
- Lozano, M., García, M., y Gómez, C. (2009). Estilo de vida saludable para el adulto mayor: Prácticas de autocuidado de alto impacto. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 17(8). <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-351.pdf>
- Maguey, H. (24 de agosto de 2023). Diabetes, la otra gran pandemia del siglo XXI. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/diabetes-la-otra-gran-pandemia-del-siglo-xxi/>

- Malo-Serrano, M., Castillo, N. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200011&script=sci_arttext)
- Martínez, J. y Romo, A. (2023). MicroARN para la detección temprana de diabetes mellitus tipo 2: revisión bibliográfica. *Salud, Ciencia y Tecnología*, (3), <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/507/978>
- Mendoza-Núñez, V. (s.f.). Envejecimiento y vejez, 23-36. [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Promocion/Unidad\\_1/Lecturas\\_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf)
- Navarro, A. y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anal Psycol.*, 31(3), 1.008-1017. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282015000300027](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000300027)
- Oliva, N., Calzado, A., Alcorta, T., Fernández, A. y Borges, O. (2020). La demencia senil: un problema de salud en los tiempos actuales. *Invest. Medicoquir*, 12(1). <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/591/640>
- Organización Mundial de la Salud. (16 de marzo de 2023). Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud (8 de febrero de 2021). Trastornos músculo-esqueléticos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2019). *World Population Ageing Report 2019*. [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_worldpopulationageing\\_report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL). (2023). *Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas*. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275326794>
- Pabón, D., Flórez, A. y Sanabria, L. (2019). Estereotipos sobre la población adulta mayor en tres grupos etarios de cuidadores de personas mayores dependientes. *Actualidades en Psicología*, 33(127), 63-80. DOI: 10.15517/ap.v33i127.34291
- Putallaz, P. (2016). *Calidad de Vida* [Tesis Doctoral, Universidad de Palermo]. [https://www.researchgate.net/publication/328996736\\_Calidad\\_de\\_Vida/link/5beecf55a6fdcc3a8dda9645/download?\\_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19](https://www.researchgate.net/publication/328996736_Calidad_de_Vida/link/5beecf55a6fdcc3a8dda9645/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19)
- Rivera, R. (2000). *Diabetes mellitus. Programa completo para su tratamiento dietético*. Editorial Pax México.
- Rodríguez, A., Valderrama, L. y Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>
- Sandino, J. (2016). *Estereotipos sobre el envejecimiento según el periodo del desarrollo y el género* [Tesis de Grado, Universidad del Rosario]. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/9c1c0d4d-4952-4e33-815b-e21cf28fa5e6/content>
- Sare, M. y Cabanillas, S. (2013). *Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor del asentamiento humano San Juan-Chimbote, 2012*. Revis-

*ta Científica In Crescendo*, 4(1) 33-146. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5127545.pdf>

Silva, J. (2023). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en el asentamiento humano Chiclayito Castilla-Piura, 2021 [Tesis de Grado, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. [https://repositorio.ula-dech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/35135/ESTILO\\_VIDA\\_SILVA\\_MORALES\\_JULIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ula-dech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/35135/ESTILO_VIDA_SILVA_MORALES_JULIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sunkel, R. (2023). Trastornos del estado de ánimo. En Gobierno de Chile-Ministerio de Salud de Chile (Ed.). *Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores* (pp. 162–168). (Publicaciones DIPRECE), Depto. Ciclo Vital, Oficina de Salud de las Personas Mayores, y Depto. Salud Mental. Santiago, Chile. <https://midap.org/wp-content/uploads/2023/08/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf>

Valverde, M. (2022). *Educación y calidad de vida de la persona adulta mayor* [Tesis doctoral, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes]. <https://kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/88119>

Vanegas, S., Lemos, N., Cerquera, A., Plata, L. y Tapias, M. (2022). Experiencia de personas cuidadoras de pacientes con Trastorno Neurocognitivo tipo Alzheimer: feminización y familismo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (70), 89-120. <https://www.redalyc.org/journal/1942/194275855005/html/>

Velasco, V., Suárez, G., Limones, M, Reyes, H. y Delgado, V. (2020). Creencias, estereotipos y prejuicios del adulto mayor hacia el envejecimiento. *European Journal of Health Research*, 6 (1), 85-96. DOI: 10.30552/ejhr.v6i1.204

- Ventura, A. y Zevallos, A. (2019). Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 6(1), 60-67. <https://doi.org/10.35383/cietna.v6i1.218>
- Villasís, M. (2022). La evaluación de la calidad de vida como parte de la atención médica en pacientes pediátricos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 89(3), 93-94. <https://doi.org/10.35366/109304>
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

